ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE,

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES, PHYSIQUES ET NATURELLES
ET DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE,

PUBLIÉES

Par J. E. LEQUIME, D. M.
Médecin des hospices de Pachéco, des Ursulines, et de Ste-Gertrude,
secrétaire de la Commission médicale de Bruxelles,
membre résidant de la société des sciences médicales et naturelles de la même ville;
membre correspondant de la société de médecine de Gand,
de la Société médico-chirurgicale de Berlin, de la société polytechnique de Paris;
membre honoraire de la société médico-chirurgicale de Bruges,
de la société des pharmaciens de l'Allemagne septentrionale, etc.

TOME TROISIÈME.



BRUXELLES,
SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,
RUE DE FLANDRE, N° 155.
1840.

une adhérence de l'iris avec la cornée, l'ouverture pupillaire se trouve allongée et rétrécie.

Malgré les avantages que l'iridotomie semble offrir sur toutes les autres méthodes, en ce qu'elle blesse proportionnellement moins l'œil, en ce qu'elle ne produit dans l'iris qu'une plaie simple par incision et permet de pratiquer la pupille là où l'on veut, et spécialement au centre ou près du centre de l'iris; elle doit cependant être placée en dessous de toutes les autres. Aussi aujourd'hui son emploi se borne-t-il à un seul cas.

Indication.

Cette méthode ne doit préférablement être employée que dans les seuls cas où il existe une occlusion de la pupille par la persistance de la membrane pupillaire. Il ne faut en effet, dans ces cas, que venir en aide à la nature pour la mettre à même d'effectuer la formation de la pupille normale. Il suffit à cet effet d'une simple incision de la membrane pupillaire. Il serait évidemment dangereux d'employer dans ces cas toute autre méthode que l'iridotomie.

Comme dans le principe on employait l'iridotomie pour toutes les lésions qui réclament la formation d'une pupille artificielle, il n'est pas étonnant qu'on ait imaginé un nombre considérable de procédés pour la pratiquer. Mais son indication se bornant aujourd'hui à une seule espèce de lésion, nous n'adopterons qu'un seul procédé et nous n'hésiterons pas un instant à donner la préférence à celui de notre savant ami Jüngken, comme étant le plus simple et le plus facile à exécuter. Il consiste à inciser la membrane pupillaire au moyen d'une aiguille à cataracte introduite par la cornée. L'aiguille dont on se sert n'est qu'une aiguille à cataracte droite ordinaire, mais bien tranchante sur ses bords.

Description de l'opération.

Quelques heures avant de commencer l'opération, on a soin d'instiller dans l'œil quelques gouttes d'une solution d'extrait de

belladone ou de jusquiame, afin de tendre fortement l'iris, pour lui faire offrir quelque résistance à l'instrument.

On place le malade comme il a été indiqué plus haut, l'aide soulève la paupière supérieure d'après les règles que nous avons posées; l'opérateur de son côté abaisse la paupière inférieure. Il peut dans ce cas, s'il le veut, toujours se servir de la main droite. Cependant comme la saillie du nez pourrait quelquefois gêner les mouvements de l'instrument et que d'ailleurs, pour ceux qui ont quelque habitude, il n'est pas plus difficile d'opérer de la main gauche que de la droite, il vaut mieux se servir de la main gauche pour l'œil droit.

L'opérateur saisit l'instrument à l'aide des trois premiers doigts, comme une plume à écrire, il appuie les deux autres doigts sur la pommette et place la pointe de l'aiguille en position *verticale*, les deux faces regardant vers en haut et en bas. Dès que le moment est favorable, il enfonce l'aiguille perpendiculairement à travers la cornée, à 1/2 ligne au-dessous du centre. Lorsque la pointe de l'instrument a pénétré dans la chambre antérieure, il la dirige sur la membrane pupillaire qu'il cherche à diviser en y faisant une incision cruciale et ayant soin de ne pas blesser le bord pupillaire de l'iris. On enfonce d'abord l'aiguille près du bord pupillaire supérieur dans la membrane pupillaire, qu'on divise par une incision verticale jusqu'au bord inférieur. On fait ensuite deux incisions transversales qui partent du bord de la membrane pupillaire et vont rejoindre l'incision verticale de manière que cette membrane se trouve divisée en quatre lambeaux. Ces incisions ne peuvent être faites que par la pointe seule de l'aiguille pour ne pas blesser le cristallin ou sa capsule. Avant de retirer l'aiguille on examine si la division de la membrane pupillaire est complète; s'il restait une partie non divisée, on chercherait de nouveau à l'inciser. Après cela on retire l'instrument dans la même direction que celle qu'il a suivie en y pénétrant. Ces quatre lambeaux s'absorbent peu à peu et laissent une pupille presqu'en tout semblable à la pupille naturelle, mais un peu anguleuse.

Après l'opération on tient les paupières fermées au moyen de deux petites bandelettes de taffetas gommé, passant verticale-

ment du front à la joue ou s'entrecroisant sur les paupières et l'on suspend devant l'œil une petite compresse en toile.

Accidents qui peuvent survenir pendant et après l'opération.

1° Il peut arriver qu'on n'ait pas introduit l'aiguille au point convenable; si ce point n'est pas trop éloigné de celui qui a été indiqué, on doit continuer l'opération. Si l'on avait introduit l'aiguille à un point assez rapproché du bord de la cornée, pour rendre l'exécution de l'opération difficile, on devrait retirer l'instrument et recommencer l'opération, lorsque l'inflammation occasionnée par cette blessure serait dissipée.

2° Il peut arriver que la pointe de l'instrument ait pénétré trop profondément et qu'elle ait lésé la capsule du cristallin; si l'on s'aperçoit à temps de cet accident on doit, avant de retirer l'aiguille, faire le broiement du cristallin; sans cette précaution il arrive qu'à la suite de cet accident il se développe une opacité dans le cristallin et sa capsule et que plus tard on est encore obligé de pratiquer l'opération de la cataracte.

3° A la suite de l'opération il peut survenir une inflammation traumatique de l'iris, qui peut avoir les mêmes résultats que toute autre inflammation de cette membrane; comme des exsudations dans la pupille nouvelle, l'oblitération de cette ouverture, qui pourraient rendre nécessaire une seconde opération de pupille artificielle.

Traitement consécutif.

Lorsque l'opération est achevée on place le malade dans une chambre où règne une obscurité modérée. Il pourrait, à la rigueur, fort bien rester assis dans un fauteuil, mais il est plus prudent de le coucher horizontalement dans son lit. L'attention du médecin doit surtout être fixée sur l'inflammation de l'œil et particulièrement de l'iris qui peut survenir après l'opération. Les principaux moyens qu'il convient de mettre en usage et qui suffisent ordinairement pour prévenir cette inflammation, sont les fomentations froides auxquelles on peut se borner aussi longtemps qu'il ne se présente pas de symptômes inflammatoires. Si

le malade se plaint de légères douleurs, de picotements, de chaleur, de tension dans cet œil, on doit croire à un commencement d'inflammation ; dans ce cas une application de quelques sangsues à la tempe et les compresses trempées dans l'eau glacée, plus fréquemment renouvelées, suffisent ordinairement pour faire avorter l'inflammation. On peut en même temps faire usage, avec beaucoup de fruit, d'un mélange d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone en frictions autour de l'œil. Je préfère ces frictions aux instillations dans l'œil avec une infusion de feuilles de belladone, comme quelques auteurs l'ont conseillé, parce que 1° la belladone administrée en frictions agit aussi bien et presque aussi promptement qu'en instillation ; 2° en l'instillant, elle peut, comme on l'a vu, augmenter l'inflammation de l'œil, ce qui est impossible quand on l'emploie en frictions ; 3° dans l'instillation on est encore obligé d'ouvrir les paupières, et l'on expose ainsi l'œil aux effets dangereux que la lumière exerce sur lui, quand il vient de subir une opération ; ce qu'on évite encore en employant la belladone en frictions ; 4° l'onguent mercuriel qu'on ajoute jouissant de vertus antiplastiques, est un excellent moyen pour prévenir les exsudations qui pourraient se développer dans la pupille.

Lorsque tout se passe sans accident on voit les lambeaux de la membrane pupillaire se rétrécir, se retirer vers le bord de la pupille, où ils sont résorbés insensiblement. Du moment qu'on n'a plus à craindre le développement d'une inflammation ou lorsque celle-ci est tout à fait dissipée, on peut graduellement habituer l'œil à l'action de la lumière en prenant la précaution de ne pas l'exposer trop tôt à une lumière trop vive.

II. IRIDECTOMIE.

Cette méthode qui est la plus avantageuse de toutes, dont les succès sont les plus nombreux et les plus complets, consiste à exciser une portion de l'iris, afin de procurer aux rayons lumineux une voie artificielle, pour arriver à la rétine, lorsque la pupille normale est oblitérée.

L'iridectomie a l'avantage réel sur l'iridodialyse.

1° De ne pratiquer qu'une plaie nette à l'iris, dont les suites inflammatoires sont toujours moins graves que lorsque la lésion a lieu par décollement.

2° D'être accompagnée d'un moindre épanchement de sang dans la chambre antérieure. La section de la cornée offre en outre à ce liquide une issue beaucoup plus facile que la ponction de cette membrane dans l'iridodialyse.

3° De rendre possible la formation de la pupille au centre ou près du centre de l'iris; tandis que par l'iridodialyse elle se trouve toujours au bord ciliaire de l'iris.

4° Enfin la pupille formée par l'iridectomie devient quelquefois contractile après la guérison complète, tandis que celle obtenue par décollement est toujours immobile.

Inconvénients de cette méthode.

1° L'iridectomie exige, pour être applicable, que la cornée et l'iris soient sains dans une assez grande étendue, puisque d'après cette méthode on est obligé de faire une incision large dans la cornée, et d'exciser une portion assez considérable de l'iris.

2° La pupille artificielle étant le plus souvent dans le voisinage de la plaie peut participer à l'inflammation de celle-ci et être effacée dans la cicatrice commune.

Indications.

Les lésions contre lesquelles on préfère d'employer l'iridectomie sont les suivantes :

1° *L'opacité de la cornée sans adhérence ou avec adhérence de l'iris*, mais un tiers au moins de l'une et de l'autre restant sain, dans un point correspondant.

2° *L'opacité centrale de la cornée avec adhérence d'une partie du bord pupillaire*, l'autre partie restant libre, mais recouverte par l'opacité de la cornée, de telle manière que cette partie restante de la pupille normale se trouve inapte à livrer passage aux rayons lumineux. On a, dans ces cas, conseillé l'iridoparelkysis; cependant je préfère toujours employer l'*iridectomie* parce

que l'iris peut facilement s'échapper de la plaie de la cornée, où on l'a enclavée et reprendre sa place primitive, et d'un autre côté s'il reste maintenu dans la plaie, il peut provoquer une inflammation tout aussi violente et bien plus fréquente que lorsqu'on a employé l'iridectomie.

3° *L'atrésie simple de la pupille ou compliquée de cataracte ;* la cornée étant restée transparente dans toute son étendue.

4° *La cataracte avec synéchie postérieure* qu'elle soit générale ou partielle.

5° Ces deux mêmes lésions avec opacité d'une partie de la cornée. L'opération dans ces derniers cas a un double but, celui de former une nouvelle pupille et d'éloigner la cataracte. Ce double but ne peut être mieux et plus facilement atteint que par l'iridectomie. Si l'on choisit toute autre méthode on est obligé de soumettre le malade d'abord à l'opération de la pupille artificielle et plus tard encore à celle de la cataracte. Il me semble que la prudence ordonne de donner la préférence à la méthode qui peut, en une fois, débarrasser le malade d'une infirmité pour laquelle il faudrait le soumettre au moins à deux opérations d'après toute autre méthode, l'une et l'autre aussi graves que la première.

Parmi les nombreux procédés d'iridectomie, il y en a deux auxquels j'accorde la préférence, ce sont ceux de Beer et de Wenzel.

a. Procédé de Beer. Il est surtout indiqué :

1° Lorsqu'il y a opacité centrale de la cornée avec ou sans synéchie antérieure.

2° Lorsque l'opacité de la cornée est située de telle manière qu'on est obligé de pratiquer la pupille soit à la partie externe inférieure ou supérieure de l'iris.

3° Lorsque la pupille naturelle est tellement déviée et rétrécie qu'elle devient inapte à la vision.

Il est contr'indiqué :

1° Lorsque le lieu où l'on doit faire la ponction ou l'incision de la cornée ne peut être éloigné d'une demi ligne à une ligne du point où doit se trouver la pupille artificielle, ce qui arrive lorsque toute la cornée est opaque à une ou deux lignes près, et

que cette partie est restée transparente. Dans ces cas la cicatrice de la cornée pouvant recouvrir en partie ou en totalité la nouvelle pupille, il vaut mieux donner la préférence à l'iridodialyse.

2° Si l'opérateur remarque avant l'opération qu'il y a adhérence de l'iris avec la capsule du cristallin.

3° Lorsque l'opacité est telle qu'on est obligé de faire la pupille au bord interne de l'iris, et que le nez du malade offre une saillie assez forte pour gêner les mouvements de l'in trument.

4° Il y a des auteurs qui ont rangé parmi les contr'indications du procédé de Beer, l'existence simultanée d'une opacité centrale de la cornée et d'une cataracte non adhérente, je ne regarde pas cette circonstance comme une contr'indication parce qu'on peut facilement déprimer la cataracte à travers l'ouverture qu'on pratique dans l'iris.

Il m'est arrivé chez des hommes aveugles par suite d'ophthalmie militaire où il y avait synéchie antérieure de tout le bord pupillaire, et où par conséquent il était impossible de juger de l'état du cristallin, de rencontrer après avoir excisé une portion de l'iris, une opacité dans le cristallin; dans ces cas, pour ne pas recourir à d'autres instruments, à travers la nouvelle ouverture de l'iris je pratiquai la dépression de la cataracte au moyen de la petite pince de Graefe, qui m'avait servi à saisir l'iris et dont je tins les branches soigneusement fermées.

Les instruments nécessaires pour opérer selon le procédé de Beer sont :

1° Un couteau à cataracte ordinaire ou de préférence un couteau en forme de lance, tranchant des deux cotés. En France, on lui donne le nom de *lance de Sichel.* Cependant la découverte ne lui en appartient pas plus qu'à moi. Sichel s'en est servi le premier en France, comme moi je m'en suis servi le premier en Belgique. J'ignore qui l'a proposé le premier mais je l'ai vu constamment employer par Fr. Jaeger et Rosas à Vienne.

2° Un petit crochet, le même dont on se sert pour décoller l'iris dans l'iridodialysis.

3° Une pince de Beer, de Graefe ou de Bloemer.

4° Une paire de ciseaux de Cooper ou de Daviel.

Description de l'opération.

L'iridectomie d'après le procédé dont nous nous occupons, s'exécute en deux temps. Dans le premier on incise la cornée, dans le second on fait la résection de l'iris.

Premier temps. — Incision de la cornée.

Le malade convenablement placé, la paupière supérieure étant soulevée par l'aide, l'opérateur, après avoir de son côté abaissé la paupière inférieure, saisit la lance comme une plume à écrire, les deux tranchants dirigés parallèlement au bord de la cornée. Il fait une ponction dans cette membrane aussi près que possible de son bord, afin que la cicatrice qui doit en résulter, rétrécisse le moins possible la pupille de la nouvelle formation. Si la partie transparente de la cornée n'a pas une largeur de plus d'une ligne, on peut faire la ponction dans la sclérotique pourvu que la plaie communique directement avec la chambre antérieure de l'œil. Pour ce qui regarde les dimensions de cette incision de la cornée on ne doit pas oublier que c'est par cette ouverture que doit passer la portion d'iris dont on veut faire la résection, que plus l'ouverture est petite plus devient difficile la sortie de l'iris, et plus l'on blesse l'œil par l'introduction des instruments. Il faut par conséquent que cette ouverture soit assez étendue pour livrer un passage facile aux pinces, et pour procurer une issue facile au prolapsus de l'iris qui se forme quelquefois spontanément. Il faut donc que sa dimension soit comparativement grande, qu'elle ait au moins de 2 1/2 à 3 lignes d'étendue.

Comme le succès de l'opération dépend souvent de la manière dont on exécute ce premier temps et comme dans beaucoup de cas il convient essentiellement de faire l'incision exactement au lieu indiqué, au moment de la ponction il faut au moins que pendant un instant, pendant une fraction de seconde, l'œil se tienne immobile. Ayant entièrement rejeté l'usage des ophthalmostats, j'ai dû chercher un moyen moins dangereux pour obtenir cette immobilité momentanée. Voici comment je m'y prends dans toutes les opérations sur les yeux. Pendant qu'on place le malade, qu'on soulève la paupière supérieure je lui parle, je cherche à le rassurer sur le danger de l'opération, et à lui faire

espérer que le succès en sera très-favorable. Lorsque j'ai abaissé la paupière inférieure et que mon instrument se trouve placé devant l'œil je change brusquement d'entretien et je lui adresse une question brève sur un sujet qui a le moins de rapport possible avec l'opération, mais à laquelle le malade peut facilement répondre; par exemple je lui demande son âge, le lieu de sa naissance, et autres questions de cette nature. L'attention que dans ce moment le malade prête à chacune de mes paroles fait, comme je l'ai toujours observé, qu'au moment où je change de conversation, il y a un instant où l'œil reste immobile. Comme j'attends ce moment, avant que le malade ait eu le temps de répondre, j'en profite pour plonger l'instrument dans la cornée. Ce moyen, quelque simple qu'il soit, m'a toujours réussi depuis que je l'emploie.

Du moment que la pointe de l'instrument a percé la totalité de la cornée, qu'on la voit présenter son éclat métallique nettement et dans toute sa pureté, on porte la main en arrière vers la tempe, jusqu'à ce que la surface de la lance ou du couteau se trouve dans une direction parallèle à l'iris, alors on le pousse jusqu'à ce que l'incision ait des dimensions convenables. Si on ne parvient pas à rendre l'incision suffisamment grande en introduisant l'instrument, on peut l'agrandir en le retirant. A l'instant une partie de l'humeur aqueuse s'échappe et l'iris est entraîné et se rapproche de la cornée.

Second temps.

Comme pendant le reste de l'opération, l'opérateur a besoin de se servir des deux mains, il faut que l'aide, pendant qu'il tient la paupière supérieure soulevée, abaisse en même temps la paupière inférieure; à cet effet, comme nous l'avons déjà dit, il se sert de la main qui, durant le premier temps de l'opération, était placée dans le creux de la nuque du malade; il l'applique sous le menton et fait descendre la paupière inférieure avec le pouce.

Si l'on a donné à l'incision de la cornée une étendue suffisamment grande, il arrive souvent que l'iris vient spontanément se placer dans la plaie de la cornée et former un prolapsus, ce qui facilite beaucoup l'opération. Si ce prolapsus de l'iris n'a pas lieu, on doit le provoquer artificiellement soit au moyen du cro-

chet de Beer, soit en se servant des pinces de Graefe. Il est bon d'avoir les deux instruments sous la main; car il arrive qu'on réussisse avec l'un après avoir fait de vains essais avec l'autre. Pour ma part je donne toujours la préférence aux pinces.

Si l'on se sert du crochet, on le saisit comme une aiguille à cataracte, on l'introduit dans la chambre antérieure la pointe dirigée en bas et le dos dirigé en haut en suivant la surface concave de la cornée. Lorsque le crochet est arrivé au point où l'on veut saisir l'iris on lui fait exécuter un léger mouvement de rotation pour diriger la pointe vers l'iris; on l'engage dans cette membrane, puis, après lui avoir fait exécuter un second mouvement de rotation pour ramener la pointe de l'instrument de nouveau en bas ou en haut, on le retire avec l'iris, en suivant la même direction qu'on a suivie pour pénétrer dans l'œil.

En se servant du crochet il faut de la part de l'opérateur beaucoup plus d'attention que lorsqu'il emploie les pinces, car pour peu qu'il perde de vue la pointe de l'instrument il n'est rien de plus fréquent que de le voir accrocher la capsule du cristallin et donner aïnsi lieu au développement d'une cataracte, ou de le voir s'engager dans la cornée et susciter à l'opérateur beaucoup de difficultés pour ramener l'instrument hors de l'œil sans abandonner l'iris qu'il avait saisi.

Quand on peut se servir de pinces, il est toujours convenable de leur donner la préférence, car avec elles on saisit l'iris plus facilement et plus sûrement et l'on est moins exposé à blesser la capsule du cristallin.

Pour se servir des pinces on les saisit avec le pouce et le doigt indicateur de manière à ce que l'une des branches se trouve en haut et l'autre en bas : on les fait pénétrer fermées dans la chambre antérieure. Lorsqu'elles sont arrivées au point où l'on veut pratiquer la pupille artificielle, on les ouvre en diminuant la pression qu'on exerce sur leurs branches. Par l'écartement de ces branches on voit une partie de l'humeur aqueuse s'échapper de l'œil et l'iris vient se placer entr'elles. On saisit cette portion de l'iris en rapprochant les branches, et on la ramène hors de l'œil. On ne doit jamais faire de grands efforts pour saisir l'iris, il faut que celui-ci vienne de lui-même se placer entre les

branches de la pince, sans cela on risque de le déchirer trop tôt.

Pendant que d'une main il saisit et ramène l'iris au dehors de l'œil, l'opérateur doit de l'autre tenir les ciseaux courbes, pour faire rapidement la résection de l'iris près de la cornée aussitôt qu'une partie suffisante est attirée au dehors.

Accidents qui peuvent survenir pendant l'opération

1° Il peut arriver qu'on n'ait pas fait l'incision de la cornée assez près du bord. C'est une faute que les jeunes opérateurs commettent assez fréquemment, et à laquelle il n'est pas possible de remédier. Tout ce qu'on peut faire dans ce cas c'est de combattre convenablement l'inflammation traumatique et de tâcher d'obtenir une cicatrice aussi étroite que possible.

2° Il peut arriver que l'opérateur donnant une direction oblique à son couteau se borne à labourer les lames de la cornée, ou bien s'il arrive dans la chambre antérieure ce n'est que par une ouverture tellement étroite, qu'il devient très-difficile de ramener l'iris au dehors. Cet accident donne aux lèvres de la plaie une forme de biseau, la cicatrice large qui en résulte peut considérablement gêner la vue en produisant une nouvelle opacité devant la pupille artificielle. Il peut même arriver que l'opérateur ayant pénétré dans une direction trop oblique entre les lames de la cornée se trouve dans l'impossibilité d'achever l'opération.

Nous avons déjà dit que cet accident dépend de l'introduction trop peu verticale du couteau dans la ponction de la cornée; l'opérateur l'évitera toujours en observant attentivement la pointe de l'instrument, au moment où il veut pénétrer dans la chambre antérieure. S'il s'aperçoit à temps de la vicieuse direction de son instrument, il doit le retirer et faire une nouvelle ponction.

3° L'incision de la cornée quoique perpendiculaire peut être trop petite et par conséquent rendre très-difficile le reste de l'opération; on doit dans ce cas se servir du crochet pour saisir l'iris. Si on ne réussit pas par ce moyen, on doit agrandir l'in-

cision de la cornée avec la lance ou avec le couteau à cataracte.

4° Il peut arriver qu'on ait fait pénétrer le couteau trop profondément et qu'on ait blessé prématurément l'iris. Cet accident se rencontre assez fréquemment parce que la ponction se fait au bord de la cornée, et que dans ce point l'iris s'en trouve très-rapproché. Cet accident est sans conséquence, puisque pendant le second temps de l'opération on doit toujours faire la résection de cette partie de l'iris. Il se peut cependant que par suite de cette blessure la chambre antérieure se remplisse en partie de sang et que l'iris se dérobe à nos regards. Ce sang s'échappe facilement au plus léger mouvement qu'on exécute avec le crochet ou avec les pinces selon qu'on emploie l'un ou l'autre de ces instruments.

5° Il arrive que, lorsqu'on a accroché l'iris, cette membrane se déchire. Cet accident a lieu chez les malades indociles et dont l'iris se trouve naturellement ou par suite de maladie flasque et ramolli.

On peut sans retirer l'instrument faire une seconde tentative pour saisir l'iris. Si cette fois on ne réussit pas mieux, on doit avoir recours aux pinces.

6° Lorsqu'on se sert du crochet il peut se faire facilement qu'en saisissant l'iris on pousse l'instrument trop profondément et qu'on déchire la capsule du cristallin; si pendant l'opération on s'aperçoit de l'accident on peut faire immédiatement le broiement du cristallin. Si l'on ne s'en est pas aperçu dans le moment, le développement d'une cataracte qui en est toujours la suite, vient prouver qu'il a eu lieu. Il n'y a dans ce cas d'autre moyen que de la faire disparaître par une nouvelle opération.

7° Il se peut que la portion de l'iris qu'on a à exciser soit trop petite pour donner une pupille suffisamment grande; on doit dans ce cas essayer de saisir de nouveau l'iris avec les pinces. Cependant comme on n'y réussit pas toujours, on est quelquefois obligé de se borner à combattre soigneusement l'inflammation qui pourrait se développer consécutivement afin de prévenir l'oblitération de la petite pupille. Si ce dernier accident survenait aussi par malheur, malgré toutes les précautions

prises, il ne resterait qu'à faire plus tard une nouvelle pupille par *iridodialyse.*

8° Il peut aussi arriver que pendant l'opération le malade tombe en syncope : cet accident m'est arrivé une fois. Dans ce cas je conseille de suspendre l'opération jusqu'à ce que le malade ait repris connaissance, car dans ce moment l'iris devient tellement flasque, et réagit si peu sur l'instrument qu'il devient pour ainsi dire impossible de le saisir.

β. Procédé de Wenzel.

Le but qu'on se propose par ce procédé est double et consiste à pratiquer une pupille artificielle et de faire en même temps l'extraction du cristallin opaque à travers cette ouverture.

Indications.

Ce procédé est indiqué dans le cas d'atrésie de la pupille compliquée de cataracte avec ou sans synéchie postérieure, la cornée conservant sa transparence dans toute son étendue. Dans tous les autres cas où l'iridectomie est indiquée, il convient de donner la préférence au procédé de Beer.

Description de l'opération.

L'opération se divise en trois temps. Dans le premier on fait la section de la cornée et de l'iris, dans le second on extrait la cataracte, et dans le troisième on fait la résection du lambeau de l'iris.

Premier temps. — Incision de la cornée et de l'iris.

Après avoir convenablement placé le malade, disposé l'aide et écarté les paupières, l'opérateur saisit le couteau à cataracte entre les trois premiers doigts de la main droite (pour l'œil gauche) ou de la main gauche (pour l'œil droit) comme une plume à écrire et de manière à ce que le dos de la lame se trouve dans une direction parfaitement horizontale. Les deux autres doigts sont appliqués sur la pommette. Ayant ainsi assuré à la main une position convenable on fléchit les doigts indicateur et moyen et on retire la lame du couteau jusqu'à ce que la pointe se

trouve perpendiculairement opposée à l'endroit où l'on doit ponctionner la cornée. Au moment où l'œil du malade est immobile, l'opérateur enfonce l'instrument dans ce sens et pénètre dans la chambre antérieure. Arrivé là, le cératotome doit être changé de position; l'opérateur ramène le manche vers la tempe du malade et donne ainsi à la lame de l'instrument une direction parallèle au plan de l'iris. Arrivé à peu près à une demi ligne de l'endroit où devrait se trouver la pupille naturelle, il élève la main et par ce mouvement la pointe pénètre à travers l'iris dans la chambre postérieure. On avance l'instrument derrière l'iris jusqu'à une ligne environ de son bord interne; puis par un mouvement opposé au premier on redresse la lame; la pointe alors pénètre l'iris à environ 3/4 de ligne de l'endroit dans lequel on l'a plongé. On continue l'incision de la cornée comme dans l'opération de la cataracte, de manière à former deux lambeaux, un plus grand dans la cornée et un petit dans l'iris. La section de la cornée doit tomber près de sa ligne de jonction avec la sclérotique. Cependant elle doit être située dans la cornée même, en laissant partout à peu près 1/4 de ligne à 1/2 ligne d'espace entre le bord de la cornée et l'incision. Il faut que le lambeau soit parallèle à sa ligne de jonction de la sclérotique et de la cornée. La section de la cornée doit être pratiquée de manière à ce que les bords de la plaie ou du lambeau ne soient pas trop taillés en biseau et puisse se joindre sans produire une cicatrice trop large.

Second temps. — Extraction de la cataracte.

Comme dans le premier temps, en incisant l'iris on a ouvert en même temps la capsule cristalline, ordinairement le cristallin se présente dès qu'on retire le couteau : si cela n'avait pas lieu, on introduirait une aiguille à cataracte avec laquelle on inciserait la capsule du cristallin; puis en exerçant une légère pression sur le globe, on procurerait une issue à ce corps opaque.

Dans les cas où il n'existe plus de cristallin, on passe directement du premier temps au troisième.

Troisième temps. — Résection de l'iris.

Le même aide qui soulève la paupière supérieure abaisse en même temps de l'autre main la paupière inférieure. L'opérateur

saisit d'une main les ciseaux de Daviel ou de Cooper et de l'autre les pinces, il introduit ces dernières dans l'œil, saisit avec elles le lambeau de l'iris, le tend légèrement et l'excise très-près de la base : on ferme l'œil comme après l'opération par l'incision de l'iris et on traite le malade comme après tout autre procédé.

Accidents qui peuvent survenir pendant et après l'opération.

1° Il peut arriver, comme dans le procédé de Beer, que l'opérateur donnant une direction oblique à son couteau, se borne à labourer les lames de la cornée. On doit le conduire comme il a été dit antérieurement.

2° Lorsqu'il existe en même temps cataracte, il peut arriver que la section de la cornée ne soit pas assez grande pour que l'extraction du cristallin se fasse aisément.

En négligeant de faire la section de la cornée assez grande, l'opérateur non-seulement multiplie les difficultés de l'opération, mais il expose encore son malade aux dangers d'une inflammation violente et quelquefois suppuratoire, conséquences fréquentes des atteintes graves que les parties délicates de l'œil doivent éprouver pendant le passage du cristallin à travers cette ouverture trop rétrécie. Si par malheur il arrive à l'opérateur de faire la ponction plus bas ou plus haut qu'il ne faut, il est à même de corriger ce défaut moyennant une légère modification de la contre-ponction qu'il tâchera de placer autant au-dessus du point normal que la ponction est pratiquée au-dessous. Si malgré ces précautions l'ouverture de la cornée n'avait pas la largeur nécessaire, il faudrait la dilater sur le bord externe avec des ciseaux de Daviel.

3° Il arrive aussi qu'il se forme une procidence de l'humeur vitrée, soit par la contraction trop grande des muscles oculaires et par la compression du globe qui en résulte, soit par une pression sur l'œil, exercée ou par l'aide ou par l'opérateur, soit par le peu de consistance de cette humeur.

Si cette procidence n'est pas très-considérable, elle n'a pas de suites fâcheuses, la perte même de près de la moitié de cette humeur n'empêche pas le rétablissement de la vue.

Il est prudent de se comporter de manière à prévenir cet accident; s'il a lieu et si la quantité qui fait procidence n'est pas considérable, on peut achever l'opération comme si cet accident n'était pas arrivé. Si une partie fait saillie hors de l'œil, il faut éviter d'en faire la résection, comme il a été conseillé, parce qu'on risque dans ce cas de voir l'œil se vider complétement.

Si la quantité qui s'échappe de l'œil est assez grande pour en faire craindre l'écoulement complet, il est prudent de ne pas achever l'opération et de la reprendre dans un moment plus favorable.

4° Pendant le premier temps de l'opération la section de l'iris peut avoir été faite trop petite. Dans ce cas on doit tâcher d'y remédier pendant le troisième temps, en attirant fortement l'iris avec les pinces et en tâchant d'en exciser une portion suffisamment grande.

5° La plaie de la cornée tarde quelquefois à se cicatriser. Il est très-important de découvrir de bonne heure l'obstacle qui entrave la guérison.

6° L'inflammation traumatique au lieu d'être simplement adhésive peut être quelquefois de nature suppurative, soit que les lames de la cornée aient été labourées, soit que la constitution de l'individu soit cachectique et disposée à cette terminaison de la phlegmasie, soit que le bord palpébral vienne irriter la plaie et froisser le lambeau pendant le clignotement, soit que l'inflammation soit trop intense. La suppuration peut se borner à une partie plus ou moins grande de la plaie, ou s'étendre sur la totalité.

7° Après le procédé de Wenzel comme après celui de Beer, il peut survenir une inflammation de l'iris, accompagnée d'exsudation lymphatique qui peut oblitérer complétement la nouvelle pupille.

Traitement consécutif.

Après l'opération par iridectomie le malade est mis au lit dans une chambre médiocrement obscure, comme après l'opération pratiquée par toute autre méthode.

A la suite de plusieurs opérations de la cataracte, j'avais re-

marqué que l'œil qui avait souvent le moins souffert pendant l'opération et qui par conséquent devait le moins faire redouter des accidents, était celui que l'inflammation attaquait quelquefois avec le plus de violence. Ce même effet s'étant répété plusieurs fois, je voulus remonter à la cause d'un phénomène si extraordinaire et je crus remarquer une certaine coïncidence entre le développement de cette inflammation et la position de l'œil opéré par rapport au mur de l'appartement, c'est-à-dire que quelles que soient les circonstances qui aient accompagné l'opération, l'inflammation s'établissait de préférence dans l'œil qui était dirigé vers le mur. Cette observation fut faite à l'hôpital temporaire des aveugles établi à l'ancien Pachéco, dont le gouvernement m'avait confié la direction. J'avais fait la remarque que les inflammations consécutives aux opérations étaient très-fréquentes dans le quartier des femmes où les lits étaient placés contre le mur suivant leur longueur; tandis que dans le quartier des hommes où les lits étaient disposés de manière que les pieds étaient contre le mur, les accidents inflammatoires étaient très-rares. Depuis ce moment je fis changer la position des lits dans le quartier des femmes, et je n'observai plus aucun cas de ce genre. Depuis lors, après toutes les opérations que je pratique, je prends la précaution de placer le lit du malade de telle manière qu'entre lui et le mur il reste toujours un espace de plusieurs pieds. Je pense que l'humidité de certains murs, comme ceux de l'ancien Pachéco, et le mouvement de l'air qui est toujours plus sensible le long des murs que dans l'intérieur de l'appartement sont suffisants pour expliquer l'influence nuisible de ce voisinage.

Malgré que les accidents inflammatoires soient ordinairement nuls ou du moins peu graves à la suite de l'iridectomie, on aurait grandement tort de se comporter comme si ces accidents étaient impossibles. Je blâme fortement les opérateurs imprudents qui, immédiatement après l'opération, et sans prendre aucune précaution contre les accidents inflammatoires, permettent à leurs malades d'agir comme si l'opération n'avait pas eu lieu. Nous savons que dans l'opération les lésions graves sont produites aux membranes si délicates de l'œil, que dès lors il est

possible qu'une inflammation même violente s'y développe et le devoir de l'homme prudent est de chercher à prévenir les accidents qui peuvent se déclarer, et d'avoir à la main les moyens de les combattre.

Lorsque l'inflammation n'est pas vive, que les symptômes se bornent à un léger écoulement de larmes claires et à la sensation d'une chaleur légère dans l'œil, les applications de compresses trempées dans l'eau froide ou glacée et fréquemment renouvelées, suffisent ordinairement pour la faire avorter. Lorsqu'on aperçoit au bord libre de la paupière supérieure un peu de gonflement œdémateux accompagné d'une légère rougeur, que des larmes chaudes s'écoulent en plus grande abondance, une ou deux applications de sangsues et des frictions avec l'onguent napolitain autour de l'œil deviennent indispensables. Lorsque les douleurs éprouvées par les malades s'étendent jusqu'au front et à la partie latérale de la tête, lorsque le globe de l'œil et la paupière supérieure sont tuméfiés, et surtout lorsque le malade se plaint que chaque fois qu'on change les compresses appliquées sur l'œil il éprouve une sensation comme si les rayons du soleil venaient frapper les paupières, alors il est plus que temps d'agir plus énergiquement; des émissions sanguines locales et générales deviennent impérieuses. Des frictions mercurielles avec addition de fortes doses d'opium ou d'extrait de belladone doivent être faites très-fréquemment autour de l'œil. Les purgatifs sont aussi très-utiles dans ces cas.

Un phénomène digne de remarque c'est que je n'ai jamais observé des vomissements à la suite de l'iridectomie, tandis qu'il n'y a rien de plus fréquent que de les voir survenir à la suite d'opérations de cataracte par dépression, lorsque le cristallin ou le dos de l'aiguille ont déprimé ou contondu l'iris. Ces vomissements sont quelquefois si violents et accompagnés de symptômes nerveux si graves, que plus d'une fois nous avons craint pour la vie des malades. Ils résistent avec la plus grande opiniâtreté à tous les moyens qui arrêtent ordinairement ces accidents, et j'étais décidé à suivre les préceptes de mon célèbre ami Jaeger de Vienne, qui, dans ces cas, conseille de ne rien faire et de tout attendre du temps, lorsque le hasard me fit découvrir

un moyen qui depuis m'a bien servi dans un grand nombre de cas.

Une femme qui, depuis l'opération, avait des vomissements fréquents et très-violents, qui évacuait tout ce qu'on lui administrait et qui par suite de cet accident était très-accablée, me pria en grâce de lui accorder une tasse de café; persuadé que si le café ne lui apportait pas de soulagement il ne pouvait pas aggraver son état, je lui fis donner une tasse d'une légère infusion de café, et à mon grand étonnement les vomissements s'arrêtèrent comme par enchantement. Depuis lors j'ai généralement recours à ce moyen, et même dans les cas où par la compression que le cristallin a exercée sur l'iris, nous prévoyons cet accident, on administre une tasse de cette boisson immédiatement après l'opération, et ordinairement on prévient ces accidents par ce moyen.

III. IRIDODIALYSIS.

Le but de cette méthode opératoire est de former une pupille artificielle à un point quelconque du bord de l'iris en détachant cette membrane du cercle ciliaire et fixant cette partie détachée dans la solution de continuité de la cornée ou en la retirant hors de l'œil et en en faisant la résection.

L'iridodialyse a l'inconvénient d'être de toutes les méthodes qu'on emploie pour faire une pupille artificielle, celle qui blesse le plus fortement l'œil, et qui comparativement provoque les accidents les plus graves. L'inflammation qui survient à la suite de cette opération peut être très-violente et se termine facilement par exsudation et quelquefois même par suppuration. On doit encore considérer qu'ordinairement il se fait dans les chambres de l'œil, un épanchement sanguin qui se résorbe difficilement et qui retarde souvent de longtemps le rétablissement de la vue. Enfin la pupille formée par iridodialyse se trouve toujours placée au bord de l'iris, disposition qui provoque le strabisme et s'oppose ainsi à ce que la vue soit jamais nette.

Si l'iridodialyse a les inconvénients que nous venons d'indiquer, elle offre par contre l'avantage de pouvoir être pratiquée dans tous les cas qui réclament la formation d'une pupille artifi-

cielle même dans ceux où par défaut de place on est dans l'impossibilité de pratiquer l'iridectomie. Il suffit qu'une petite portion de la cornée et de l'iris soit saine pour que l'opération puisse avoir lieu.

Indications.

L'iridodialyse est indiquée :

1° En général dans tous les cas où par l'un ou l'autre motif, l'iridectomie ou l'iridotomie ne peuvent être mises en usage.

2° En particulier, dans les cas de synéchie antérieure de tout le bord pupillaire, avec opacité de la cornée occupant plus de la moitié de cette membrane.

3° Dans les cas d'opacité de la cornée avec synéchie antérieure, partielle ou même sans aucune adhérence de la pupille, qui par conséquent réclameraient l'iridectomie, mais où la disposition de la partie transparente de la cornée est telle que cette méthode ne pourrait pas être exécutée, par exemple lorsque la pupille devrait être pratiquée à la partie supérieure ou interne de l'iris et que la saillie du nez ou la position trop profonde de l'œil rendraient les mouvements de l'instrument trop difficiles.

4° Dans les cas où l'on aurait antérieurement essayé une autre méthode et qu'elle serait restée sans résultat.

5° Lorsqu'après l'opération de la cataracte il s'est développé dans la cavité de l'humeur vitrée où est reçu le cristallin une opacité qu'on aurait vainement essayé de faire disparaître par d'autres moyens.

Contr'indications.

Cette méthode doit être rejetée :

1° Lorsqu'on se trouverait dans l'impossibilité de saisir l'iris au point de jonction avec le cercle ciliaire, par exemple lorsqu'à ce point il existerait une adhérence entre l'iris et la cornée.

2° Lorsqu'avant l'opération on aurait pu s'assurer qu'entre l'iris et le corps ciliaire il se trouverait établie une union telle qu'il serait impossible de détacher ces deux membranes l'une de l'autre.

3° Lorsque l'iris par des exsudations dans son parenchyme,

aurait contracté une dureté telle qu'il serait impossible de le ramener hors de l'œil.

4° Quand il serait possible de pratiquer la pupille à la partie inférieure ou externe de l'iris.

5° Lorsque le bord de la cornée serait opaque.

Instruments nécessaires pour pratiquer l'iridodialyse.

1° Une lance à deux tranchants comme pour l'iridectomie d'après le procédé de Beer, ou un couteau à cataracte ordinaire.

2° Un petit crochet de Beer.

Dans la grande collection d'instruments, du reste très-ingénieux, qu'on a imaginés pour pratiquer l'iridodialyse, on semble toujours avoir oublié dans leur confection un point capital savoir: que le succès de l'opération ne dépend pas tant de l'instrument avec lequel on saisira l'iris, que du lieu où cette membrane devra être saisie pour être facilement détachée de ses adhérences. Tous ceux qui ont pratiqué quelques opérations de pupille artificielle auront comme nous, remarqué qu'il y a une grande différence de structure dans l'iris, près de son bord pupillaire ou ciliaire. Près du bord pupillaire, l'iris est flasque et tellement tendre que le moindre tiraillement fait avec un instrument quelconque le déchire sans le détacher du cercle ciliaire; près de son bord ciliaire, au contraire, il est d'une structure ferme, résistante, l'instrument le plus fin y reste fixé sans le déchirer. Plus on approche de ce bord plus la fermeté de tissu de l'iris est prononcée. De plus en saisissant l'iris tout près de son bord ciliaire on ne court aucun danger de blesser le cristallin ou sa capsule; puisque cette partie de l'iris ne se trouve pas en rapport avec la capsule cristalline mais avec le corps vitré. D'après ce que je viens d'exposer, on comprend que le meilleur instrument pour détacher l'iris doit être celui qui permet d'aller saisir cette membrane le plus près possible de son bord ciliaire, et personne ne saurait contester que de tous les instruments qui ont été imaginés, ce ne soit le simple crochet de Beer qui remplisse le mieux cette indication. Dans les cas où la structure de l'iris se trouve altérée, où il a perdu son élasticité naturelle, il est im-

possible de réussir avec le crochet, mais on ne retire pas plus d'avantage de tous ces instruments compliqués qui, dans ces cas, sont tout aussi impuissants (comme j'ai eu occasion de le voir à la clinique de Graefe à Berlin) que le simple crochet. Dans ces cas c'est aux pinces qu'il faut recourir. On a encore objecté ici qu'en se servant du crochet on pouvait facilement accrocher les lamelles de la cornée, mais on oublie que cet accident n'arrive que lorsqu'en l'introduisant ou le retirant on lui donne une mauvaise direction et que le même accident peut arriver avec tout autre instrument. Ce serait une grande erreur de croire que l'iridodialyse se pratique avec plus de difficulté par le crochet, que par l'un ou l'autre de ces instruments si compliqués. Pour ma part je me sers toujours de préférence du crochet simple, parce que je suis persuadé que pour peu qu'on en ait l'habitude, on travaille avec beaucoup plus de fermeté et sûreté qu'avec tous les autres instruments.

3° Des pinces de Bloemer, de Graefe ou de Beer.

Il est préférable de se servir de l'une de ces deux dernières, parce que la première perce ou déchire l'iris plutôt que de le tenir.

4° Des ciseaux de Daviel ou de Cooper.

Description de l'opération.

De nombreuses expériences ont prouvé que le décollement de l'iris ne suffit pas seul pour assurer le succès de l'opération qu'on pratique dans l'intention de former une pupille permanente. On a vu que l'iris ainsi détaché se retire facilement vers le cercle ciliaire, et qu'après un certain temps l'ouverture disparaît, soit que cet effet se produise spontanément, soit par suite d'une inflammation. On doit donc tâcher de maintenir cette ouverture béante, par un moyen quelconque. On atteint ce but ou bien en fixant l'iris dans la plaie de la cornée, ou bien en combinant la méthode par décollement avec celle par excision, c'est-à-dire en excisant la portion de l'iris qu'on a détachée et ramenée hors de l'œil, de manière que si plus tard il reprend sa place, il reste toujours près du bord ciliaire une perte de substance suffisante

pour permettre aux rayons lumineux d'arriver librement à la rétine. Ces deux procédés différents ont été désignés sous les noms d'*iridoencleisis* et d'*iridectomedialysis.*

α) *Iridoencleisis.*

Ce procédé est le plus simple et le plus facile des deux, il exige moins d'instruments pour son exécution. On le pratique en trois temps. Dans le premier on ouvre la cornée; dans le second on détache l'iris; et dans le troisième on le fixe dans la plaie de la cornée.

On fait dans la cornée une petite incision de 1 1/2 à 2 lignes d'étendue. Si on la fait plus grande on risque de ne pouvoir y maintenir l'iris; si on la fait plus petite il devient difficile de faire pénétrer le crochet dans la chambre antérieure et de l'en retirer.

Le lieu où doit être pratiquée cette incision de la cornée mérite de fixer toute l'attention de l'opérateur; car s'il la fait trop près du point où doit se trouver la pupille artificielle, on risque de voir la cicatrice qui doit en résulter recouvrir une partie de cette ouverture, si elle en est trop éloignée, on est obligé de détacher l'iris dans une trop grande étendue pour l'amener au dehors. La direction de cette incision et le lieu où elle doit être faite sont déterminés d'après le point de l'iris qui doit être détaché. C'est à l'opérateur à reconnaître et à choisir le lieu le plus convenable : par exemple lorsqu'on veut pratiquer le décollement de la partie interne de l'iris ou de sa partie externe, l'incision se fera au centre de la cornée et aura une direction verticale. Si au contraire c'est la partie supérieure ou inférieure qu'on veut détacher, on donnera à l'incision une direction transversale ou horizontale et on la pratiquera vers le bord externe de la cornée, dans le premier cas un peu plus haut, dans le second un peu plus bas que son diamètre transversal.

On ne doit pas craindre de pratiquer cette incision dans l'opacité de la cornée, car l'expérience apprend tous les jours que la cicatrisation se fait aussi bien dans ces tissus que dans la cornée saine.

Premier temps.

Après avoir tout disposé comme pour les autres méthodes, l'opérateur saisit l'instrument comme il a déjà été indiqué et l'enfonce perpendiculairement dans la cornée, au lieu convenable. Lorsque la pointe de l'instrument est arrivée dans la chambre antérieure, on lui donne une direction parallèle au plan de l'iris et on le pousse jusqu'à ce que l'incision ait une étendue suffisante : on le retire immédiatement dans la même direction qu'il suivait en pénétrant dans l'œil, et on passe de suite au *second temps*.

L'opérateur saisit le crochet, et le tient de manière à ce que la pointe soit dirigée en bas. On l'introduit dans la chambre antérieure en lui faisant suivre la direction du couteau au moment de la ponction. Si on a soin de faire attention à ce point, il est impossible qu'on passe avec le crochet entre les lamelles de la cornée. Si, au contraire, on donne au crochet ou à tout autre instrument une direction oblique, il arrive très-fréquemment qu'il glisse entre les lamelles de la cornée et qu'on ne peut le faire pénétrer dans la chambre antérieure.

Lorsque le crochet est arrivé dans la chambre antérieure, on le fait glisser le long de la concavité de la cornée jusqu'au bord ciliaire de l'iris, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il soit caché par le bord de la sclérotique ; arrivé là, on lui fait exécuter un léger mouvement de rotation pour diriger sa pointe vers l'iris, on l'enfonce dans cette membrane et on l'attire légèrement à soi. Si l'on sent que l'iris est bien saisi, on fait exécuter au crochet un second mouvement pour le replacer dans sa direction primitive ; alors en faisant de légères tractions, on cherche à détacher l'iris et à le ramener dans la place de la cornée.

Dans le *troisième temps* on ramène le crochet et l'iris hors de la plaie de la cornée, en lui faisant suivre la direction qu'on lui avait donnée pour l'y introduire, on continue les tractions jusqu'à ce qu'on ait amené au dehors une portion suffisante de l'iris. Avant de décrocher l'instrument, on essaie si l'iris reste fixé dans la plaie de la cornée, ou s'il ne tend pas à rentrer dans l'œil. Si l'on remarque que le prolapsus de l'iris reste enclavé dans la plaie, on retire l'instrument et l'opération se trouve terminée.

Immédiatement après le décollement, la chambre antérieure

se remplit de sang; ce sang ne peut pas s'écouler de l'œil, parce que la plaie de la cornée est bouchée par le prolapsus de l'iris, ce qui empêche le chirurgien de juger de l'état de la pupille, et le malade de voir immédiatement.

B. *Iridectomédialyse.*

Ce procédé exige un plus grand nombre d'instruments, et offre quelques difficultés de plus dans son exécution. On le regarde comme inférieur au précédent et on ne l'employait que lorsque celui-là ne réussissait pas.

L'iridectomédialyse est surtout indiqué :

1° Lorsqu'après l'iridodialyse, l'iris tend à rentrer dans l'œil; ce qui peut dépendre soit du trop d'étendue de l'incision de la cornée, soit de l'état de l'iris lui-même. Il est donc toujours prudent, lorsqu'on pratique l'iridodialyse, d'avoir sous la main les instruments nécessaires pour faire la résection de l'iris, et de ne retirer le crochet que lorsqu'on est assuré que l'iris restera fixé dans la plaie de la cornée.

2° Dans les cas où il existe une synéchie antérieure très-étendue, ou un staphylôme partiel de la cornée, on conseille de faire la résection du prolapsus de l'iris afin de rendre la pupille aussi grande que possible : car les yeux ainsi disposés sont, après l'opération, très-exposés à devenir le siége d'une inflammation dont nous avons déjà fait connaître les dangers.

3° Dans les cas où l'iridodialyse est indiquée, et où les yeux sont très-irritables, on sait que les accidents inflammatoires sont toujours plus fréquents et plus intenses après l'iridoencleisis qu'après l'iridectomédialysis, à cause que, par le premier procédé, l'iris reste fixé dans la plaie de la cornée et y agit comme corps étranger, et que le sang épanché dans l'œil ne pouvant s'écouler convenablement, il est obligé d'y séjourner et peut donner lieu à plus ou moins d'irritation.

L'opération s'exécute également en trois temps : les deux premiers sont les mêmes que pour l'*iridoencleisis*. Dans le troisième, au lieu de fixer l'iris dans la plaie de la cornée, on en fait la résection.

Dans les cas où l'on est décidé d'avance de pratiquer l'iridec-

tomédialysis, il est bon de faire l'incision de la cornée un peu plus grande, parce que cela facilite beaucoup le troisième temps de l'opération et qu'on procure une issue plus facile au sang épanché dans les chambres de l'œil.

Troisième temps.

Après que l'iris est détaché et retiré hors de l'œil, l'opérateur confie l'abaissement de la paupière inférieure à l'aide, et de la main dont il s'était servi, dans les deux premiers temps, pour abaisser la paupière, il saisit les ciseaux de Daviel ou de Cooper; dirigeant la convexité vers la cornée, il écarte les branches, saisit l'iris faisant prolapsus, et en fait la résection aussi près que possible de la cornée.

Aprés cette opération les chambres de l'œil se remplissent de sang, mais il n'y reste pas aussi longtemps que dans le procédé par enclavement, puisque l'incision plus grande de la cornée le laisse plus facilement échapper et que d'ailleurs cette incision reste libre.

Lorsqu'on est obligé de faire l'incision dans un endroit obscurci de la cornée et que l'iris est adhérent à cette membrane, on pénètre nécessairement dans la chambre postérieure, et le crochet se trouve placé derrière l'iris. Dans ces cas on fait avancer le crochet jusque près du bord ciliaire de l'iris, on accroche cette membrane en y faisant pénétrer la pointe d'arrière en avant, et on termine l'opération comme dans les autres cas. Ce qu'il y a de plus difficile, c'est de connaître, pendant l'opération, la position du crochet; pour s'en assurer, on le presse légèrement contre l'iris en le faisant avancer; les mouvements de cette membrane indiquent alors la position de l'instrument.

Accidents qui peuvent survenir pendant et après l'opération.

1° Il peut arriver, comme dans tous les procédés où l'on pratique une incision dans la cornée, que le couteau glisse entre les lames de la cornée. Il a déjà été question de cet accident en traitant de l'iridectomie.

2° L'incision de la cornée peut être trop grande et l'iris tendre à rentrer dans l'œil; dans ce cas on fait la résection de la portion qui forme prolapsus. L'incision peut aussi être trop petite,

ce qui peut occasionner de grandes difficultés pour le reste de l'opération; dans ce cas, le crochet peut s'engager dans la plaie de la cornée et être difficilement dégagé; on doit alors agrandir l'incision au moyen du couteau à cataracte.

3° Il arrive qu'en faisant la ponction de la cornée on enfonce l'instrument trop profondément, jusque dans l'iris, ce qui a surtout lieu lorsque la chambre antérieure est trop étroite : dans les cas où le cristallin n'existe plus dans l'œil, cet accident n'est d'aucune importance; dans le cas contraire, il peut occasionner le développement d'une cataracte.

4° En introduisant le crochet, au lieu d'arriver dans la chambre antérieure il glisse quelquefois entre les lamelles de la cornée. Nous avons déjà dit que cet accident arrive lorsqu'au lieu d'introduire le crochet perpendiculairement dans la plaie de la cornée, on lui donne une direction oblique. On doit tâcher de le retirer en faisant marcher la convexité en avant, et on l'introduit de nouveau dans une meilleure direction.

5° L'iris, au lieu de se détacher du cercle ciliaire, peut se déchirer par les tractions du crochet; cet accident peut provenir de ce qu'on n'a pas glissé le crochet jusqu'au bord ciliaire de l'iris. Si l'on remarque cet accident, on doit reporter le crochet jusque derrière le bord de la sclérotique et faire un nouvel essai. Si le même accident se renouvelle, c'est un signe que le tissu de l'iris est trop délicat pour être détaché à l'aide du crochet. Dans ces cas on se sert des pinces de Græfe ou de Beer.

Ces accidents se présentent rarement, si on a soin de bien constater l'état de l'iris avant de commencer l'opération.

6° Il est possible qu'on ne parvienne pas à fixer l'iris dans la cornée, que celui-ci rentre dans l'œil après qu'on a retiré le crochet; ou bien que l'instrument déchire l'iris par les tractions qu'on exerce. Ce dernier cas arrive surtout lorsque l'ouverture de la cornée est trop petite, ou lorsque l'iris n'a pas été retiré dans une direction convenable.

Si l'iris n'est pas entièrement rentré, on le saisit avec des pinces, on le retire de nouveau et on en fait la résection. S'il est entièrement rentré on doit aller le saisir de nouveau. Dans ce cas on introduit de nouveau le crochet ou les pinces, et on re-

commence pour ainsi dire le second temps de l'opération. On y réussit quelquefois fort difficilement à cause du sang qui remplit la chambre antérieure de l'œil.

7° La pupille peut être trop petite et faire craindre qu'elle ne s'oblitère de nouveau. Dans ce cas on introduit de nouveau le crochet, on tâche de saisir l'iris dans un point voisin de celui où il a été saisi en premier lieu, et d'en décoller une plus grande partie.

8° L'opérateur, en pratiquant la nouvelle pupille, peut reconnaître l'existence d'une cataracte ; dans ce cas, il peut ou bien revenir plus tard à une nouvelle opération, ou bien, si l'œil n'a pas trop souffert, il peut immédiatement déprimer la cataracte à l'aide du crochet à travers la pupille artificielle.

9° Après l'opération il peut survenir des accidents inflammatoires plus ou moins graves, qui doivent être traités d'après les règles générales connues et déjà indiquées.

10° Il peut survenir des douleurs violentes, qui résistent à tous les moyens ; elles cessent spontanément après un temps plus ou moins long.

11° L'épanchement de sang qui s'est fait dans les chambres de l'œil peut persister longtemps après l'opération, sous forme d'un caillot qui oblitère la nouvelle pupille. Dans ce cas, qu'on désigne habituellement sous le nom de *cataracta spuria grummosa*, on fait une petite incision au bord de la cornée et on en fait l'extraction.

12° Il peut arriver qu'après la guérison on découvre une cataracte que l'épanchement de sang avait soustraite aux regards de l'opérateur. On doit récliner cette cataracte par la sclérotique.

Traitement consécutif.

Le traitement, après l'iridodialyse, est le même que celui qui est recommandé après l'iridectomie. Le point capital, c'est de prévenir ou de combattre convenablement l'inflammation traumatique qui peut survenir.

Après l'opération par iridoencleisis, le malade, à chaque mouvement de l'œil, éprouve la sensation d'un corps étranger sous les paupières. Cette sensation est déterminée par le prolap-

sus de l'iris qui agit effectivement comme corps étranger; elle cesse lorsque l'œil est immobile. Ordinairement la portion d'iris qui fait prolapsus se rétrécit insensiblement, et disparaît en 15 jours à trois semaines; s'il persiste plus longtemps, on peut le toucher par le nitrate d'argent ou l'emporter avec des ciseaux.

Si, après l'opération, il persiste une légère injection de la conjonctive, on doit la combattre par des collyres légèrement astringents.

S'il persiste un certain degré de photophobie par suite de la grande étendue de la pupille, on doit donner au malade un garde-vue ou des lunettes de couleur plus ou moins foncée.

Lorsque le cristallin n'existe plus, on doit conseiller au malade de faire usage de verres convexes.

Ordinairement la vue ne s'améliore qu'à la longue lorsque l'œil s'est habitué à loucher.

Je crois devoir ajouter à ce mémoire quelques observations de pupilles artificielles que j'ai pratiquées et dont j'ai moi-même recueilli les détails; j'ai fait présider à cette relation la franchise que tous mes estimables confrères me connaissent; je ne crains donc pas de les donner comme étant de la dernière exactitude.

J'aurais pu augmenter le nombre de ces observations, mais comme les opérations qui en font l'objet ont été pratiquées dans d'autres villes et sur des malades que je n'ai pas observés après l'opération et que même je n'ai plus eu l'occasion de revoir, je n'aurais pas pu citer ces faits avec la même assurance d'exactitude que les premiers.

Obs. I.—Catherine D..., âgée de 40 ans, aveugle depuis plusieurs années, présente à l'œil droit un staphylôme sphérique qui occupe toute la cornée; à l'œil gauche une cicatrice épaisse recouvre la presque totalité de la cornée; cependant vers son bord externe, une partie, d'une ligne et demie environ, conserve toute sa transparence; cet œil ne me paraissant offrir aucune contre-indication absolue à l'opération de la pupille artificielle, je la lui pratique d'après le procédé de Beer, au mois de no-

vembre 1836. Il ne survient aucun accident, pas même la moindre douleur. Le troisième jour après l'opération, la malade se lève; la pupille est suffisamment grande, mais du sang la remplit encore en partie; huit jours après, elle retourne chez elle sans avoir besoin de guide pour la conduire; depuis, je lui ai enlevé le staphylôme de l'œil droit qui entretenait une irritation continuelle dans cet œil. La vue de l'œil sur lequel j'ai opéré la pupille artificielle, s'est beaucoup améliorée. Cette femme fait depuis ce moment, tous les travaux de son ménage.

Obs. II. — N..., cabaretier, aveugle par suite d'ophthalmie militaire, présente à l'œil droit une cicatrice recouvrant toute la cornée; à l'œil gauche une pareille cicatrice recouvre la moitié supérieure de la cornée, un peu moins que la moitié inférieure est restée transparente. Tout le bord pupille se trouve adhérent à la cornée; je lui pratique une pupille artificielle, par le procédé de Beer, à la partie inférieure de l'iris; l'opération s'exécute avec la plus grande facilité; il ne survient aucun accident; huit jours après l'opération, cet homme voit assez pour faire une partie de l'ouvrage dans sa maison; quinze jours après l'opération il joue aux cartes et distingue la tour de l'église de St-Rombaut à Malines, lorsqu'il se trouve à près d'une lieue de la ville. Au bout d'un mois il distingue l'heure à une montre de poche, et les objets les plus petits. Je ne pense pas qu'il soit possible d'obtenir un plus beau succès que celui obtenu chez l'homme qui fait le sujet de cette observation.

Obs. III. — Jean..., âgé de 28 ans, type scrophuleux s'il en fut jamais, est aveugle par violente blennorrhée scrophuleuse; la cornée de l'œil gauche est entièrement détruite, au bord supérieure de la cornée de l'œil droit, un segment d'un peu plus d'une ligne, conserve encore sa transparence; derrière ce segment on distingue l'iris boursoufflé, sa couleur est foncée, uniforme; sa structure rayonnée a disparu; l'œil est ramolli; le cristallin s'est échappé de l'œil pendant la violente inflammation qui a donné lieu à la cécité. Outre ces lésions graves de l'œil, l'individu porte encore plusieurs ulcères scrophuleux au cou: je me refuse à pratiquer l'opération; cependant, cédant au vif désir du malade et aux instances de ses parents, pauvres villageois, je

lui fais l'opération le 1er janvier 1837. A chaque essai que je fais pour saisir l'iris, cette membrane se déchire ; après plusieurs essais je parviens cependant à en exciser une portion suffisante pour laisser une ouverture convenable; une inflammation légère se développe à la suite de l'opération, elle cède cependant aux fomentations froides et à une application de sangsues. Huit jours après l'opération on reconnaît le lieu où l'iris a été enlevé, mais l'ouverture artificielle se trouve bouchée par une espèce de membrane grisâtre; deux mois après l'opération, en examinant l'œil, on reconnaît une véritable membrane grise qui a remplacé la portion d'iris qui avait été excisée. La cicatrice résultant de la plaie de la cornée était large et occupait une partie du segment de la cornée qui, avant l'opération, avait conservé sa transparence; le délabrement de la constitution de l'individu, et le peu de chance de succès me fait renoncer à tenter une seconde opération; l'individu se trouve dans le même état qu'avant l'opération, il n'y a rien gagné.

Obs. IV. — Élisabeth..., âgée de 23 ans, aveugle par de larges leucômes sur les deux cornées. Il y a douze ans, on lui avait pratiqué l'opération de la pupille artificielle à l'œil gauche; mais le succès de l'opération, malgré que la pupille fût grande, se borna à permettre à cette fille de se conduire. Dans l'espoir d'être plus heureuse à l'œil droit, elle se soumit à une nouvelle opération le 26 décembre. La douleur qu'elle avait éprouvée pendant la première opération la mit dans une agitation telle que je crus devoir y renoncer. J'emploie la méthode de décollement avec enclavement de l'iris dans la plaie de la cornée; l'opération, malgré toutes les difficultés qu'elle offrit, réussit à souhait ; mais, au bout de trois ou quatre jours, une douleur assez vive se développa dans l'œil; plusieurs émissions sanguines locales furent faites; elles calmèrent entièrement les douleurs. Mais à la première inspection de l'œil, on reconnut que la partie de la cornée qui, avant l'opération, était transparente, était devenue opaque. Quelques jours après, un abcès se développa dans la petite hernie de l'iris; cet œil s'atrophia insensiblement. Une circonstance qui mérite d'être annotée, c'est que l'opération avait eu lieu dans un local extrêmement humide, et que le lit de la

malade était placé de manière à ce que l'œil opéré se trouvait dirigé vers le mur. Dans d'autres circonstances, j'avais déjà pu remarquer la fâcheuse influence de ce voisinage, aussi, depuis ce moment, c'est une précaution que je prends de placer, après l'opération, le lit du malade à une certaine distance du mur.

Obs. V.—Pierre D....., aveugle par suite d'ophthalmie militaire, présente à l'œil droit un leucôme qui recouvre toute la cornée. A la partie inférieure de la cornée de l'œil gauche, il reste un segment d'une demi-ligne qui a conservé sa transparence; malgré le peu d'espoir d'améliorer la vue de cet homme, je tente l'opération par la méthode d'iridectomédialyse; elle fut exécutée sans difficulté; quatre jours après l'œil n'offrit plus de traces de l'opération. La pupille nouvelle, quoique petite, était bien nette et noire. Le 10 janvier, 15 jours après l'opération, le malade nous quitta, voyant les grands objets à une distance de quelques pieds de l'œil; ce succès, quoiqu'imparfait, était cependant tout ce qu'on pouvait en attendre. Comme je n'ai pas eu occasion de revoir cet homme, j'ignore si, comme il arrive généralement, la vue s'est améliorée depuis.

Obs. VI.—Jacques V....., 28 ans, aveugle par suite d'ophthalmie militaire, portait un leucôme sur chaque cornée, qui étaient en outre l'une et l'autre staphylomateuses. Le jeune homme voyant encore les grands objets de l'œil gauche, et la cornée de l'œil droit, quoique conique, offrant encore de la transparence à son bord supérieur et externe, je résolus d'essayer l'opération à la partie externe de l'œil le plus malade. Malgré différents essais faits avec les pinces et le crochet, pour ramener l'iris au dehors de l'incision de la cornée, je n'obtins que des déchirures de cette membrane, et je fus obligé de renoncer à achever l'opération. Le résultat de ces essais fut l'augmentation de l'opacité de la cornée qui avait envahie la partie de la cornée où les essais avaient été faits. Quelque temps après, je fis un nouvel essai pour pratiquer l'opération au bord supérieur de l'iris, par le procédé de Beer. La formation de la pupille réussit très-bien; mais il fut reconnu à l'instant qu'il existait en même temps une cataracte qui, par les pinces de Græfe, fut déprimée dans le fond de l'œil. Quelques jours après l'opération,

en examinant l'œil, il fut reconnu que la pupille était bien formée; mais un trouble assez considérable persista dans la cornée. Nous crûmes pouvoir attribuer à cette circonstance le motif pour lequel le malade ne voyait pas mieux qu'avant l'opération. Comme par la suite la vue ne se rétablit pas, malgré que la partie de la cornée correspondant à la pupille artificielle eût repris sa transparence, nous crûmes pouvoir l'attribuer à une complication d'amaurose incomplète.

Obs. VII.—Thérèse R....., âgée de 36 ans, était aveugle par des cataractes adhérentes dans toute leur étendue à l'iris ; l'aspect terne des yeux et les complications qui accompagnent souvent ces espèces de cataractes, m'engagèrent à me refuser à pratiquer l'opération. Sur l'observation que firent plusieurs confrères qui avaient désiré assister à cette opération, que cette malheureuse n'avait rien à perdre, je me décidai à la pratiquer à l'œil gauche; j'employai le procédé de Wenzel. A peine eus-je fait la section de la cornée et de l'iris, qu'il s'échappa une si grande quantité de liquide de cet œil, que j'en fus effrayé. Je crus un instant que toute l'humeur vitrée s'était liquefiée et que l'œil allait entièrement se vider. Pendant que je fis la résection du lambeau de l'iris et l'extraction de la cataracte, les humeurs continuaient à s'écouler, au point que l'œil était tout froncé, et qu'il avait perdu plus d'un tiers de son volume; la cornée, au lieu d'être convexe comme avant l'opération, ou plane comme il arrive après que les chambres de l'œil se sont vidées, était tombée dans le vide de l'œil, et présentait un enfoncement considérable. Il restait dans l'œil encore une partie du lambeau de l'iris, que j'aurais voulu exciser; mais regardant ces essais comme inutiles et l'opération comme tout à fait manquée, j'y renonçai, me reprochant vivement ma témérité, et promettant bien de ne plus jamais me laisser influencer par les avis de ceux qui m'environnent. L'opérée fut mise au lit, sans qu'il fut pris aucune des précautions qu'on prend habituellement dans ces circonstances; c'est sans doute un reproche à me faire, mais j'étais trop loin de penser que jamais cet œil aurait pu se rétablir. Huit jours après cette malheureuse opération, je revins voir cette femme, qui était restée confiée aux bons soins de mon

ami, M. le docteur De Marré (1), de Malines; j'avoue que j'avais le cœur qui me battait en approchant de cette pauvre femme, qui était assise devant le feu; mais quel ne fut pas mon étonnement, en soulevant la petite compresse de toile suspendue devant l'œil, en voyant que non-seulement il n'était pas survenu d'inflammation, mais même que l'œil était entièrement revenu à son état primitif; il avait son volume et son élasticité naturels. La section de la cornée s'était réunie admirablement; il n'y avait pour ainsi dire pas de rougeur dans la conjonctive; l'ouverture que j'avais faite à l'iris se trouvait juste au centre, avait la dimension d'une pupille naturelle de grandeur moyenne, mais d'une forme irrégulière; et la femme distinguait tous les objets; tout ce dont elle se plaignait, c'était qu'en fixant un objet elle voyait de temps en temps comme un rideau qui venait se placer devant l'objet. En examinant l'œil, je découvris que cet effet provenait de la petite partie du lambeau de l'iris, dont je n'avais pas osé faire la résection, et qui continuait à flotter dans l'intérieur de l'œil; ce petit lambeau s'est retiré insensiblement et la vue de cette femme s'est rétablie au delà de tout ce qu'on aurait osé espérer. Ce succès est le plus remarquable que jusqu'ici j'ai obtenu dans ma pratique. Je ne pense pas que le nombre d'exemples de succès aussi extraordinaires soit très-considérable dans les annales de la chirurgie.

Obs. VIII. — Jean-Baptiste H....., âgé de 30 ans, aveugle par suite d'ophthalmie militaire; son œil droit est clair, mais il est atteint d'amaurose incomplète, et présente quelques exsudations dans la pupille; il voit assez de cet œil pour se conduire. A l'œil

(1) Je me fais un devoir d'adresser publiquement des remerciements à cet excellent ami, pour le zèle et le désintéressement qu'il a montrés dans les soins empressés qu'il a donnés aux nombreux malheureux que j'ai opérés à Malines, ou dans ses environs. Je n'hésite aucunement à reconnaître que c'est en partie à ses soins éclairés que je dois les nombreux succès que j'ai obtenus dans ces contrées.

Je profite de cette occasion pour adresser les mêmes remerciements à mon ami M. le docteur Nollet, de Bruxelles, qui a dirigé avec moi l'hôpital temporaire des aveugles, et qui dans la plupart des opérations que j'ai faites à Bruxelles, a toujours montré à me servir d'aide, un empressement et une bienveillance qui ne sont égalées que par ses profondes connaissances que, par excès de modestie, il ne fait pas assez valoir.

gauche il y a une large cicatrice sur la cornée, dont un segment d'une ligne de largeur au bord externe reste cependant transparent. Malgré le peu de chances de succès, on lui pratique l'opération de la pupille artificielle (procédé de Beer), en faisant l'incision plutôt dans la sclérotique que dans la cornée. L'opération s'exécute avec facilité. Aucun accident ne survient à la suite de l'opération; le malade distingue passablement bien de cet œil les objets qu'on lui présente, mais au bout d'un mois une membrane grisâtre vient boucher entièrement l'ouverture faite dans l'iris.

Obs. IX. — Barbe V..... offrait aux deux yeux des cataractes adhérentes dans toute leur étendue à l'iris, avec exsudation lymphatique dans la pupille. Décoloration de l'iris, légère rougeur des conjonctives, regard hébété, etc., tels étaient les fâcheux symptômes qu'on rencontrait dans les yeux de cette femme lorsqu'elle nous fut présentée. Je promis à son mari de l'observer sans donner l'assurance que je lui aurais pratiqué l'opération. La malheureuse, distinguant à peine le jour de la nuit, accueillit avec empressement la proposition que je lui fis d'essayer l'opération sur l'œil le plus malade. Je lui pratiquai l'opération de la cataracte, en détachant celle-ci de ses adhérences au moyen d'une aiguille à cataracte introduite par la sclérotique. Je parvins, non sans quelque peine, à déprimer la cataracte; mais à l'instant j'aperçus que l'opération serait restée sans résultat, puisque l'exsudation lymphatique continuait à boucher la pupille, qui était immobile. Aussi ne fus-je aucunement étonné lorsque, huit jours après l'opération, la malade nous déclara ne rien voir du tout; une dizaine de jours après, je résolus de lui pratiquer une pupille artificielle (procédé de Wenzel), puisque la naturelle ne la servait pas. Cette nouvelle opération fut exécutée avec beaucoup de bonheur. Mais la réponse de la malade fut encore qu'elle ne voyait pas. Elle fut mise au lit; tous les soins nécessaires lui furent donnés; aucun symptôme inflammatoire ne survint après cette opération. Le 5e jour, elle sortit du lit; elle nous répéta tous les jours, en soupirant, qu'elle ne voyait pas. La crainte que j'avais de la complication d'une amaurose, me fit croire que cette seconde opération serait res-

tée sans résultat comme la première. Mais grand fut mon étonnement, lorsqu'à peu près trois semaines après le jour de l'opération, elle s'écria que depuis la veille au soir elle avait tout d'un coup commencé à distinguer tous les objets; aux différents essais que nous fîmes, elle reconnut tous les objets qui lui furent présentés; un mois après l'opération, la vue s'était si bien rétablie, qu'elle put distinguer et ramasser une épingle à terre.

Obs. X. — Anne Marie L....., âgée de 70 ans, avait perdu complétement l'œil gauche; une large cicatrice recouvrait une grande partie de la cornée de l'œil droit. La structure normale de l'iris et la persistance de la perception de la lumière, m'engagèrent à tenter la formation de la pupille artificielle à la partie interne et inférieure de la cornée. Cette opération, qui fut exécutée heureusement et qui ne fut suivie d'aucun accident, eut un succès complet, et cette malheureuse, après avoir été aveugle 28 *ans!* eut le bonheur de recouvrer la vue assez parfaite pour distinguer et reconnaître tous les objets de petite dimension, tels que les aiguilles d'une montre de poche, etc. Il est probable que la vue aurait été presqu'aussi nette qu'avant la cécité, si une opacité centrale de la capsule du cristallin (cataracte centrale), effet de la même maladie qui avait produit les lésions de la cornée, n'avait existée en même temps. Comme cette femme voyait assez bien pour faire tous les travaux de ménage, je n'ai pas voulu l'exposer à courir les chances d'une nouvelle opération pour faire disparaître la cataracte centrale.

Obs. XI. — Marie Catherine H....., âgée de 32 ans, entre à l'hôpital avec keratite rheumatico-scrofuleuse aux deux yeux, de plus atrésie de la pupille et hydropisie de la chambre antérieure de l'œil gauche et leucôme partiel de la cornée de l'œil droit. La longue durée de la maladie, et la dyscrasie particulière de l'individu, rendit la guérison de la keratite extrêmement difficile. Tous les moyens employés en pareil cas furent vainement essayés. Ce n'est qu'au bout de trois mois de traitement, que l'inflammation chronique cessa complétement. Malgré la cessation de l'inflammation, la vue resta abolie par le leucôme qui, à l'œil droit, recouvrait toute la pupille, et par l'atrésie de cette ouverture à l'œil gauche. Nous lui pratiquâmes l'opération

de la pupille artificielle à l'œil droit, d'après le procédé de Beer; malgré que la cornée conservait toujours de la matité, l'opération eut un succès complet, et la vue aurait été rétablie parfaitement, si la cornée eût eu la transparence naturelle. En quittant l'hôpital, elle distinguait tous les objets, mais ils lui paraissaient entourés d'une gaze.

Obs. XII. — François L....., aveugle par suite d'ophthalmie militaire, fut reçu à l'hôpital le 30 janvier; la cornée de l'œil droit était entièrement détruite, celle de l'œil gauche était en partie opaque par un leucôme recouvrant toute la pupille; une partie au côté externe restait transparente. Cet œil offrant les conditions nécessaires pour faire espérer le succès de l'opération, nous lui pratiquâmes une pupille artificielle (procédé de Beer), le 1er février. L'opération réussit très-bien, mais la pupille fut immédiatement remplie de sang. Huit jours après l'opération, qui ne fut suivie d'aucun accident, en examinant l'œil, nous reconnûmes une cataracte derrière la nouvelle pupille. Il fut laissé à l'œil tout le temps pour se remettre de cette première opération; puis on passa à l'opération de la cataracte qui réussit également à souhait. Le malade quitta l'hôpital, le 22 mars, ayant la vue aussi bien rétablie qu'il était possible de l'espérer.

Obs. XIII. — Jean-Baptiste D....., aveugle par suite d'ophthalmie militaire, fut reçu à l'hôpital le 3 février. L'œil droit était atteint d'amaurose, staphylômes de la sclérotique, et de blépharite chronique. La cornée de l'œil gauche était couverte par plusieurs cicatrices; une partie d'une ligne carrée restait transparente au bord inférieur. Nous eûmes beaucoup de peine à guérir la blépharite; cependant nous y arrivâmes après un traitement d'un mois; après la guérison des paupières, nous hésitâmes longtemps avant de nous décider à pratiquer une opération de pupille artificielle, parce que les circonstances étaient trop peu favorables pour oser en espérer quelque succès. Elle fut cependant pratiquée. Une circonstance heureuse, c'est que le malade était très-docile, ce qui nous permit de pratiquer l'opération de la pupille précisément derrière la petite partie de la cornée restée transparente. La vue se développa insensible-

ment. Lorsqu'il quitta l'hôpital, ce jeune homme savait se conduire seul, mais à une certaine distance il ne distinguait que les objets volumineux ; après il reconnut les objets de petite dimension. Quoique ce succès ne soit pas aussi brillant que quelques autres, je crois cependant que par la dextérité que l'opération demandait de la part de l'opérateur, il répond à tout ce qu'on avait pu espérer.

Obs. XIV. — Pierre G....., vieillard du grand hospice du Beguinage, fut reçu à l'hôpital le 1er mars. L'œil droit était atteint de staphylômes de la sclérotique, atrésie de la pupille et insensibilité complète de la rétine. L'œil gauche était atteint d'atrésie de la pupille tellement prononcée, qu'il était difficile de reconnaître le lieu où cette ouverture s'était trouvée antérieurement. Comme la maladie de l'œil droit avait commencé de la même manière, nous hésitâmes longtemps avant d'admettre cet homme à l'hôpital, parce que nous craignions de voir se développer à l'œil gauche les mêmes lésions qui existaient à l'œil droit. Avant de passer à l'opération, on prevint le malade du doute qui existait sur le succès de l'opération. Il nous pria avec instance de l'essayer, disant qu'il ne pouvait jamais être plus malheureux qu'il n'était. L'opération fut pratiquée à la partie inférieure, d'après le procédé de Beer, le 4 mars; elle s'exécuta avec facilité, mais les chambres de l'œil furent promptement remplies de sang. Il ne survint aucune inflammation à la suite de l'opération. Deux jours après, à l'inspection de l'œil, nous reconnûmes un caillot de sang remplissant une partie de la chambre antérieure de l'œil; le malade nous assura ne rien voir du tout. 15 jours se passèrent ainsi sans que le malade s'aperçut de la moindre amélioration, lorsque tout à coup la vue se rétablit. Dès ce jour il distingua toutes les couleurs et reconnut différents objets. Lorsqu'il quitta l'hôpital, le 11 avril, la vue s'était assez bien rétablie pour lui permettre de distinguer l'heure sur une montre de poche. Depuis qu'il est sorti de l'hôpital, il est encore venu se montrer plusieurs fois, et à chaque visite il nous annonce que sa vue s'améliore encore tous les jours. Il reconnaît les personnes dans la rue à plus de 15 pas de distance; il voit les tours et la flèche de l'église de Ste-Gudule, lorsqu'il se trouve hors

de la porte de Laeken. Il distingue les numéros des maisons et les noms des rues. Ce cas-ci offre encore un des plus beaux succès que j'ai obtenus.

Obs. XV. — Jean François P...., âgé de 17 ans, aveugle par suite d'ophthalmie des nouveau-nés, avait perdu l'œil droit et conservait de larges leucômes sur la cornée de l'œil gauche. Un petit segment d'une ligne environ de largeur avait conservé sa transparence. Malgré le peu d'espoir de succès que nous offrait ce cas, nous pratiquâmes cependant une pupille artificielle, à la partie externe et supérieure de l'iris. La peine que nous eûmes à ramener hors de l'œil une portion suffisante de l'iris fut cause que la pupille n'eut pas la dimension que nous aurions désiré lui donner; cependant elle fut suffisante pour faire reconnaître à ce garçon tous les objets qui lui furent présentés, et distinguer de grands objets, tels que cheminées, croisées, etc. à plus de cent pas de distance. Je crois qu'il était impossible d'attendre un meilleur résultat dans ce cas-ci.

Obs. XVI. — André C...., âgé de 15 ans, aveugle par suite de la petite vérole, avait complétement perdu l'œil gauche, un large leucôme recouvrait la totalité de la pupille, qui dans un point était restée libre sans avoir contracté adhérence avec la cornée; obliquement de ce côté, le malade distinguait encore les couleurs. Le jeune homme fut opéré le 5 mai. C'est l'opération dont l'exécution a été la plus facile de toutes celles que j'ai pratiquées; il ne survint pour ainsi dire aucune rougeur dans l'œil à la suite de l'opération. Il quitta l'hôpital dix jours après; la pupille était superbe, la vue s'était très-bien rétablie, mais se fatiguait encore facilement.

Obs. XVII. — Jean-Baptiste U...., 28 ans, aveugle par suite d'ophthalmie militaire, fut reçu à l'hôpital le 16 mai. Son œil droit offrait toutes les chances du meilleur succès qu'on pouvait espérer d'une pupille artificielle. Une cicatrice occupait le centre de la cornée et recouvrait toute la pupille, le reste de la cornée était transparent, de manière qu'on pouvait choisir le lieu le plus convenable pour établir la pupille. Ce jeune homme avait une frayeur extraordinaire de l'opération; il était déjà venu plusieurs fois à l'hôpital dans l'intention de se faire traiter, mais

chaque fois qu'on lui parlait d'opération il se faisait reconduire chez ses parents. Cependant sur le dire des autres malades, qui avaient subi la même opération et qui lui assurèrent que la douleur était très-légère, il se décida et s'y soumit le 18 mai : le procédé de Beer fut employé, et la préférence donnée à la partie inférieure de l'iris. A peine la ponction de la cornée fut-elle achevée, que le jeune homme tombe en syncope. Je n'avais pas pensé que cet état aurait pu rendre le reste de l'opération si difficile. Je voulus ne pas tenir compte de la syncope et continuer l'opération; mais l'iris était devenu tellement flasque, qu'il me fut impossible de le saisir au moyen des pinces; je fus obligé d'attendre que la syncope eut cessé, pour achever l'opération. Aucun accident ne survint à la suite de cette opération, le succès en fut complet. Le jeune homme quitta l'hôpital le 9 juin ; sa vue était si bien rétablie, qu'il savait lire les affiches aux coins des rues.

Obs. XVIII. — Guillaume M...., âgé de 26 ans, aveugle par suite d'ophthalmie militaire, avait perdu l'œil droit; sur la cornée de l'œil gauche, se trouvait un leucôme central recouvrant la plus grande partie de la pupille; à la partie externe il restait une petite partie de cette ouverture qui lui permit de se conduire, sans distinguer les objets. L'opération fut pratiquée le 15 avril, d'après le procédé de Beer; une légère inflammation survint à la suite de l'opération, elle fut cependant facilement combattue par une application de sangsues. La vue se trouva beaucoup améliorée, et elle aurait été parfaite, mais jusqu'au moment de son départ, le jeune homme se plaignait qu'une barre large d'un pouce se plaçait transversalement sur tous les objets qu'il regardait; l'examen de l'œil n'ayant rien fait découvrir qui put m'expliquer la cause de ce phénomène, j'ai conseillé d'abandonner cela à la nature ; n'ayant plus eu l'occasion de revoir ce malade, j'ignore si par le temps ce phénomène s'est dissipé.

Obs. XIX. — Victor M...., âgé de 27 ans, aveugle dès le lendemain de sa naissance par suite d'ophthalmie des nouveau-nés, fut reçu à l'hôpital le 14 mars. L'œil droit était perdu, il y avait buphthalmos, et large cicatrice blanche recouvrant toute la cornée. L'œil gauche présentait une cataracte iride siliqueuse, c'est-

à-dire entièrement adhérente à l'iris. On distinguait toute l'étendue de l'adhérence à la décoloration et désorganisation de l'iris. Ce jeune homme percevait la lumière, et distinguait le jour de la nuit. Comme il me paraissait se trouver dans des dispositions assez favorables, je résolus de lui pratiquer l'opération de la pupille artificielle en même temps que celle de l'extraction de la cataracte; je parvins à exécuter le premier temps de l'opération, c'est-à-dire à faire la section de la cornée et de l'iris; mais la mobilité de l'œil fut tellement grande, que la cornée resta constamment cachée sous la voûte de l'orbite. Il y eut en même temps une contraction si violente des différents muscles de l'œil, qu'une partie de l'humeur vitrée s'échappa par l'incision de la cornée. Dans la crainte de voir l'œil se vider complétement, je préférai arrêter là l'opération, pour la reprendre dans un moment plus favorable; il ne survint à la suite de ce premier essai aucun symptôme inflammatoire. Trois ou quatre semaines après je repris l'opération, mais elle offrit encore plus de difficultés que la première fois; la mobilité de l'œil fut beaucoup plus grande; la cornée resta constamment cachée sous la voûte orbitaire; après avoir attendu pendant près d'un quart d'heure, je parvins à pratiquer la section de la cornée; mais il me fut impossible de faire l'excision du lambeau de l'iris, n'espérant aucunement de voir l'œil reprendre sa direction naturelle, je résolus d'aller saisir, au moyen de pinces, le lambeau de l'iris et la capsule du cristallin qui flottaient dans l'œil. Me dirigeant d'après la disposition anatomique des parties, sans apercevoir la moindre portion de la cornée, je parvins, après plusieurs essais inutiles, à ramener dans l'incision de la cornée la cataracte et une partie de l'iris qui y était adhérent, et à en faire la résection. Malgré la longue durée de cette opération, la manière violente dont l'œil avait été blessé, il ne survint pour ainsi dire pas d'inflammation à la suite. Une application de dix sangsues fut ordonnée immédiatement après l'opération, plutôt par mesure de précaution que par nécessité. Quelques jours après, à l'inspection de l'œil, on s'aperçut qu'il restait un épanchement lymphatique entre les lames de la cornée; cet épanchement a diminué insensiblement, mais n'est pas disparu entièrement; une partie du lambeau de

l'iris qui aurait dû être excisé, se trouvait encore dans l'œil; la pupille imparfaite se trouve derrière l'opacité de la cornée; ce qui l'empêche de voir nettement les objets; cependant il voit courir les chiens, passer les personnes et les chevaux à côté de lui, il sait même se conduire dans les rues. Ce succès est loin d'être complet; mais plus tard j'espère recommencer une nouvelle opération.

Obs. XX. — Jeanne R...., aveugle depuis deux ans, par suite de violentes inflammations rhumatismales de l'iris, fut reçue à l'hôpital le 6 mai. A l'œil gauche on reconnut une atrésie de la pupille, produite par des exsudations lymphatiques; l'iris avait changé de structure; de cet œil la fille ne distinguait que le jour de la nuit. A l'œil droit la maladie n'avait pas fait tant de ravages; il y avait également des exsudations dans la pupille; l'iris était tuméfié sans avoir changé de structure; la vue de cet œil était encore suffisante pour permettre à la fille de se conduire. Le succès obtenu dans quelques cas antérieurs, ne nous donna pas l'espoir de rétablir la vue de cette malheureuse, mais nous encouragea cependant à pratiquer l'opération à l'œil le plus malade. La pupille artificielle fut très-bien formée, il ne survint aucun accident ni pendant ni après l'opération; la pupille est belle, grande et nette, cependant la vue ne s'est pas rétablie; ce qui nous a démontré qu'il existait en même temps une amaurose presque complète.

Obs. XXI.—Thérèse D...., âgée de 25 ans, aveugle par suite d'ophthalmie rheumatico-abdominale, fut reçue à l'hôpital le 15 juin. A l'examen des yeux on reconnut les résultats de l'ancienne affection qui avait eu particulièrement son siége dans l'iris et la choroïde. Des exsudations lymphatiques bouchaient entièrement les deux pupilles. La structure de l'iris était altérée, la malade éprouvait en outre des photopsies fréquentes; l'ensemble de ces symptômes me prouva l'existence d'une amaurose. Malgré la certitude que j'avais de ne pas pouvoir réussir, je cédai cependant aux vives prières de la mère et du médecin traitant, qui me représentèrent la fille tellement disposée qu'elle mourrait de chagrin si je m'y refusais. L'opération fut exécutée sans accidents ni pendant ni après son exécution. Le cinquième jour

après l'opération l'œil fut examiné; on trouva la pupille artificielle largement ouverte; c'est une des plus belles que j'ai faites, mais la vue ne s'est pas améliorée; ce qui confirma complétement mon diagnostic.

Obs. XXII. — Jules D...., âgé de 35 ans, aveugle par suite d'ophthalmie militaire, fut reçu à l'hôpital le 12 juillet. Son œil gauche était entièrement atrophié. Le droit offrait une opacité épaisse au centre de la cornée. Comme cet œil présentait toutes les conditions pour faire réussir l'opération de la pupille artificielle, on la lui pratiqua le surlendemain de son entrée à l'hôpital. L'opération fut heureusement exécutée et n'eut aucune suite fâcheuse; le malade quitta le lit le quatrième jour de l'opération; à l'examen de l'œil on reconnut la nouvelle pupille parfaitement bien formée, mais il existait derrière elle une cataracte qu'il avait été impossible de reconnaître avant l'opération. Obligé de renvoyer les malades par suite de la suppression de mon hôpital temporaire, il me fut impossible de pratiquer cette seconde opération que l'état du malade réclamait encore.

Obs. XXIII.— Guillaume C...., âgé de 65 ans, habitant l'hospice des vieillards, aveugle par suite de blennorrhée violente qui avait produit la destruction de la cornée et l'amaurose à l'œil droit; la cornée de l'œil gauche était staphylomateuse, un segment d'une ligne et demie à deux lignes restait transparent au bord externe. Une pupille large fut établie du côté externe de l'iris, le 18 novembre dernier; les troubles et l'opacité de la cornée étaient trop considérables pour que l'opération, quoique bien instituée et en l'absence d'accidents inflammatoires, eut tout le succès désirable; la vue du malade se bornait à distinguer des objets d'un volume assez considérable, tels qu'une bouteille, une plume, etc.

Obs. XXIV. — Jeanne Catherine D...., âgée de 34 ans, jeune fille bien portante, aveugle depuis trois ans, nourrice à l'hôpital des enfants où il y avait des ophthalmies des nouveau-nés, contracta cette terrible ophthalmie en soignant ces enfants. Elle entra à l'hôpital et en sortit après trois mois, guérie, mais avec perte complète de la vue. L'œil droit est en partie atrophié et toute la cornée envahie par un énorme leucôme. L'œil gauche avait

conservé sa forme et son volume naturels. La cornée était également couverte partiellement d'un leucôme de la grandeur d'un quart de centime situé à la partie interne et médiane et recouvrant toute la pupille. Tout le bord pupillaire était adhérent à la cornée. La malade distinguait encore le jour de la nuit. L'opération de la pupille artificielle lui fut pratiquée le 15 de ce mois, d'après le procédé de Beer. La docilité de la malade était si grande, que je pus achever l'opération avec la plus grande facilité. Aucun accident ne vint la compliquer; aucun symptôme inflammatoire ne se déclara, et trois jours après, la patiente était parfaitement rétablie, présentant une très-belle pupille, suffisamment large, de forme irrégulièrement quadrilatère. La vision était si bien rétablie, que la malade distingua les objets les plus petits, par exemple une aiguille d'une épingle. Elle quitta l'hôpital huit jours après l'opération.

—

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

MÉMOIRE

SUR DIFFÉRENTES QUESTIONS QUI SE RATTACHENT A L'OPHTHALMIE DE L'ARMÉE ;

Par le docteur DECONDÉ ,

Médecin de régiment au 3e chasseurs à pied à Liége, membre des Sociétés de médecine d'Anvers, de Gand ; de celle de médecine et chirurgie de Bruges, des Sociétés des sciences médicales et naturelles de Bruxelles et de Bruges.

L'éloignement, dans ces derniers temps, de toute idée d'affections spécifiques, de maladies contagieuses, déterminées par un agent spécial agissant toujours de même, déterminant toujours la même lésion, est la principale cause de l'oubli dans lequel est resté l'étude des matières contagieuses et des agents contagieux. Bien que nous ne puissions éclaircir entièrement cette question, pour ce qui a trait à notre ophthalmie, et que nous sachions qu'il n'y a que la chimie qui puisse nous en faire espérer une solution complète, nous croyons ne pouvoir nous dispenser d'émettre les résultats des nombreuses recherches que nous avons faites et qui nous ont conduit à quelques conséquences pratiques, dans l'espoir qu'elles pourront être utiles et servir en quelque sorte de jalons à ceux qui, comme nous, sentiront le besoin d'éclaircir cette question, qui intéresse à un si haut point l'hygiène de l'armée. Nous exposerons d'abord brièvement l'état actuel de la science sur les mucus, et nous invoquerons à cet effet l'autorité de MM. Raspail, Magendie et Donné.

§ Ier.

D'après M. Raspail, « le mucus animal est un produit protéiforme, c'est la substance indéterminée qui est élaborée et reje-

tée au dehors, sous forme plus ou moins liquide, par les surfaces des cavités ouvertes à l'air extérieur, par les surfaces muqueuses. Cette substance, mélange, variable à l'infini, de tissus qui se désagrègent et se désorganisent et de liquides albumineux, sucrés et salins, élaborés par les tissus intègres, appelle de nouvelles recherches, mais des recherches dirigées d'après la méthode nouvelle; et l'auteur qui les entreprendra devra se condamner à ne rien publier, que lorsqu'il aura trouvé le moyen de constater une différence réelle et constante entre les divers *mucus* élaborés par les diverses membranes muqueuses. Car, jusqu'à ce jour, la chimie n'a pas signalé le moindre caractère distinctif entre le produit liquide des surfaces buccales et celui des surfaces pulmonaires, bronchiques et nasales, et même entre celui des surfaces muqueuses génitales, prises un peu plus haut que les orifices des organes sexuels (1).

Au rapport de M. Magendie, le mucus est transparent, visqueux, filant, d'une saveur salée; *il rougit le papier de tournesol,* contient beaucoup d'eau, de muriate de potasse et de soude, du lactate de chaux, de soude et de phosphate de chaux (2). Selon MM. Fourcroy et Vauquelin, le *mucus est le même dans toutes les membranes muqueuses.* M. Berzelius *le croit, au contraire, variable, suivant les points d'où il est extrait.* Beaucoup de personnes pensent que le mucus est formé exclusivement par les follicules que contiennent les membranes muqueuses; mais je me suis assuré, dit-il, par des expériences récentes, qu'il se forme même dans les lieux où il n'existe point de follicules. J'ai remarqué aussi qu'il se produit longtemps encore après la mort. Ce fait, ajoute-t-il, mérite une attention particulière de la part des chimistes (3).

Dans un mémoire intitulé : *Des propriétés chimiques des sécrétions dans l'état sain et dans l'état morbide,* M. Donné dit :

(1) *Nouveau système de chimie organique.* Tome 3, p. 346.

(2) Le mucus du nez est composé d'après Berzélius d'eau 933,7, de mucus 53,3, muriate de potasse et de soude 5,6, lactate de soude et substance animale 3,0, soude 0,9, albumine et matière animale soluble à l'eau seulement et phosphate de soude 3, 5 : total 1,000,00.

(3) *Traité élémentaire de physiologie.* Tome 2, p. 312.

« Le tube digestif, depuis la bouche jusqu'à l'anus, sécrète un mucus alcalin, si ce n'est dans l'estomac où le suc gastrique est fortement acide (1), comme le démontrent les travaux d'un grand nombre de physiologistes, ceux de Prout, de Tiedemann, de Gmelin en particulier. Ainsi la salive et le mucus de l'œsophage jusqu'au cardia, sont alcalins dans l'état normal, et ils ne deviennent acides que par suite de certains états morbides que j'indique. Depuis le pylore jusqu'à la fin du canal intestinal, le mucus fourni par la membrane muqueuse elle-même est alcalin.

. . . .

» Les humeurs acides de l'économie peuvent devenir alcalines, et les humeurs alcalines devenir acides dans la maladie. »

» *L'acidité est ordinairement le résultat de l'inflammation proprement dite*, et cet effet peut se produire par sympathie dans un organe éloigné du point enflammé; ainsi la salive devient très-acide dans l'inflammation de l'estomac ou dans la gastrite.

» L'acide qui se développe dans le travail inflammatoire paraît être le plus souvent de l'acide hydrochlorique. Suivant moi, la présence de cet acide détermine la coagulation de la partie albumineuse de la lymphe ou de la sérosité qui abonde dans les points enflammés : c'est à cette coagulation que sont dues les fausses membranes, etc., etc. (2). »

§ II.

Nos recherches nous ont appris :

1° *Pour le fluide de la gonorrhée,* que la couleur de la ma-

(1) Le suc intestinal a été trouvé acide sur toute la portion de l'intestin grêle qui est supérieure au canal cholédoque, et alcalin sur toute la portion inférieure; acidité dans le premier cas et alcalinité dans le second, qui peuvent tout aussi bien provenir des sucs, dont le bol alimentaire revêt les surfaces qu'il traverse, que de la sécrétion de ces surfaces mêmes ; car le bol alimentaire est acide jusqu'au canal cholédoque. Nous le répétons , il est impossible que de la surface d'une muqueuse, il ne suinte pas un liquide; mais avant de chercher à le caractériser, il faudrait avoir trouvé moyen de l'obtenir sans mélange. (Raspail, ibid.)

(2) *Encyclographie*, mars 1833. *Journal universel et hebdomadaire*, pag. 364 et 365.

tière gonorrhéique, son abondance ou sa rareté, l'époque à laquelle elle a été recueillie et l'intensité de l'irritation uréthrale, n'ont aucune influence particulière sur sa nature acide ou alcaline. Toujours cette matière est restée sans action sur le papier de tournesol; traitée par le copahu à l'intérieur, ou par les injections astringentes ou très-irritantes, le liquide, bien que le plus souvent modifié, est resté neutre; *cependant il n'était plus contagieux sur les yeux immédiatement après cette dernière opération.* La matière ne recouvrait le caractère contagieux que dans le cas où les injections étant supprimées, l'écoulement persistait ou reparaissait. Quelle que fût l'ancienneté de la maladie, lorsqu'elle n'avait pas été traitée par des injections très-irritantes, la matière nous a presque toujours paru virulente (1).

2° *Pour le mucus vaginal*, que cette matière, quelle qu'en fût la couleur, verte, blanche, jaune, qu'elle fût épaisse ou liquide chez des filles publiques, a été neutre. Dans un cas, chez une prostituée novice, atteinte d'un écoulement récent, abondant mais opaque, blanc laiteux et bien lié, avec rougeur de la muqueuse vaginale, et dont il était impossible de reconnaître la nature plus ou moins suspecte, le papier de tournesol a été rougi fortement. Il en a été de même dans un cas de leucorrhée chez une femme enceinte, et qui à cette époque est toujours soumise à ce flux, assez irritant pour excorier le pénis du mari.

3° *Matière ophthalmique;* que la matière d'ophthalmies purulentes aiguës, qui ont eu une terminaison fatale, n'a eu aucune action sur le papier de tournesol, soit qu'on l'eût recueillie au commencement du développement du mal, soit plus tard. Cependant du mucus purulent ophthalmique recueilli le 5 juin 1838, dans un cas peu grave, et qui était alors acide, l'était encore le 18 octobre 1839.

4° *Pour le fluide des granulations*, que du fluide de granulations inflammatoires recueilli le 15 juillet 1838, et qui était alors acide, rougit encore fortement le papier de tournesol le 18 oc-

(1) Ce que j'avance là est le résultat d'expériences nombreuses faites sur les animaux; elles ont été tellement positives qu'à plusieurs reprises je n'ai pas craint de porter dans l'intérieur de mon urèthre du fluide de blennorrhagie sécrété le jour même que des injections avec le nitrate d'argent avaient été faites (gr. 4 pr. ℥j de véhicule), et toujours sans le moindre accident.

tobre 1839. D'un autre côté, que du fluide de granulations vésiculaires, nombreuses, mais sans le moindre engorgement aux conjonctives palpébrales, sans être accompagnées de sécrétion muqueuse, n'avait aucune action sur le papier de tournesol.

§ III.

Ces divers fluides mêlés à une solution de sulfate de cuivre (gr. xij dans ℥j d'eau), ne sont nullement altérés, ils prennent seulement un aspect bleuâtre.

Mêlés à une solution de chlorure de chaux (ʒj par ℥j d'eau), ils perdent leur acidité, lorsqu'ils jouissaient de cette propriété. Dans tous les cas, le mélange n'a aucune action sur le papier de tournesol. Le mucus perd sa viscosité et se coagule en grumeaux. Ce mélange est insoluble dans l'eau; cependant, à force de l'agiter, on parvient à le délayer, mais alors encore, il est plutôt divisé que dissous.

Mêlés à l'ammoniaque pur, ces fluides deviennent visqueux, filants, demi-transparents et ressemblant assez à un mucilage épais de gomme adraganthe. Ce mélange est insoluble dans l'eau et adhère fortement au doigt.

Mêlés à une solution assez forte de sublimé corrosif, une petite partie se coagule, le reste se dissout.

L'acide acétique concentré dissout les mucus et les transforme en un fluide limpide et transparent, sans la moindre viscosité (1).

L'acide sulfurique dissout le mucus et le transforme en une matière visqueuse et transparente; cette solution, mêlée à l'eau, se trouble de nouveau et offre alors la même apparence que si le mucus était simplement délayé dans cette dernière. On peut reconnaître quelques flocons nageant dans le liquide.

(1) Voyez *Gazette médicale*. Analyse d'un travail allemand intitulé : *Recherches anatomiques et microscopiques relatives à la pathologie générale et à la pathologie spéciale par Gottliel, Glüge*. Ce dernier auteur avance que l'acide acétique concentré dissout le pus; l'enveloppe seule des globules est dissoute; les noyaux restent; l'acide sulfurique coagule le pus; les globules ne sont cependant nullement altérés (Glüge).

Ces résultats ont été identiques soit qu'on ait employé les diverses sécrétions à l'état frais et récent, ou à l'état de siccité et très-ancien. Ils ont encore été identiques quand, au lieu d'agir avec les matières sus-mentionnées, nous avons employé les mucus nasal, utérin, buccal et les pus; et cependant tous ces fluides offrent des caractères physiques différents; le mucus nasal, dans le coryza, est très-filant, presque transparent; — le mucus vaginal est le plus souvent grumeleux; — celui de la gonorrhée est plus blanc, plus opaque; — celui de l'ophthalmie purulente, d'un jaune verdâtre demi-transparent et moins visqueux, etc., etc. (1).

§ IV.

D'après ce qui précède et ce que nous avons déjà publié dans un autre travail (2), la couleur et l'abondance de la matière sécrétée, sa nature acide, neutre ou alcaline (nous n'avons jamais rencontré ce dernier caractère), l'état plus ou moins phlogistique de la membrane sécrétante, n'ont eu aucune influence sur la virulence de la matière sécrétée. Nous savons aussi que cette dernière circonstance ne tient pas uniquement à un principe volatil tenu en suspens, car le mucus virulent desséché et conservé sur un verre ou imbibé dans un morceau de drap, possède encore cette faculté après plusieurs années, résultat qui semble ne pas s'observer pour les autres virus (3); les deux faits suivants viennent prouver notre assertion :

(1) Au moyen du microscope, il est aussi possible de connaître des différences; c'est ainsi que le pus offre ses globules égaux à 1/100 de millimètre et sont opaques; que les globules du mucus sont 1/4 plus volumineux que ceux du pus, mais sont transparents (Gottlieb, Glüge); que ceux de la leucorrhée, bien que transparents aussi sont très-petits (Glüge); que dans la matière de la balanite blennorrhoïque, on trouve parfois des *vibrions* lorsqu'il n'y a pas eu de traitement.

(2) Lettre à M. Florent Cunier sur différents points relatifs à la contagiosité de l'ophthalmie militaire, etc. *Journal d'oculistique*, année 1839.

(3) On sait que les produits de sécrétion morbide appelés *virus* sont décomposés par le seul contact de l'air et de la lumière, et à plus forte raison par le mélange avec toute substance capable d'agir chimiquement sur eux (Cullerier et Ratier. *Du mercure considéré comme spécifique dans la syphilis. Répertoire général des sciences méd.*, tom. 19, p. 291).

Exp. I. — Du mucus ophthalmique desséché sur un morceau de drap et recueilli le 1er juillet 1838, dans un cas d'ophthalmie purulente, chez l'ophthalmique Lettens, de l'hôpital du camp de Beverloo, est délayé dans un peu d'eau, le 7 octobre 1839, et déposé, au moyen de la lancette, sur la seconde paupière d'un jeune chien de 6 semaines, de race anglaise et bien portant.

Le 10 octobre, on remarque une plaque rugueuse à la face interne de la seconde paupière ; on réitère l'inoculation faite avec la même matière.

Le 15 octobre, les conjonctives palpébrales sont examinées avec attention, et on découvre une plaque à granulations miliaires aux deux paupières; un très-fort vaisseau s'y porte et s'y ramifie. Cette expérience a été suivie par MM. les médecins adjoints Robert et Severin et l'élève de 1re classe Laenens.

Exp. II. — Elle se trouve reproduite à une autre occasion dans mon second mémoire (voir *Annales de la Société de médecine de Gand*, année 1840, 6e livraison, page 143, expérience 5).

Si le principe virulent n'est pas essentiellement volatil, il jouit cependant de la faculté de se volatiliser ; c'est ce que prouvent les faits de contagion par la voie de l'atmosphère, mode de propagation considéré comme le plus général par Eble, et quelques Allemands et Anglais, M. Gouzée, et aussi par M. Cunier et par moi.

Le fait suivant que j'ai déjà rapporté ailleurs (1) est trop intéressant sous plus d'un rapport pour que je l'omette ici.

Fait III. — Le nommé Opdenkamp, soldat du 5e régiment de ligne, fut renvoyé, en 1833, chez ses parents à Stein (Limbourg), en congé illimité, pour perte de l'œil gauche et ophthalmie de l'œil droit; peu de temps après, sa famille, composée de sept membres, contracta successivement et à un degré très-prononcé la maladie dont nous parlons; plusieurs d'entre eux conservèrent longtemps des altérations graves aux yeux ; mais ce qu'il y eut de plus remarquable dans l'histoire de cette famille, c'est que pendant que l'ophthalmie sévissait sur ses différents

(1) *Annales de la Société de médecine d'Anvers*. 1837, p. 17 et 18.

membres, *le chat de la maison la contracta et perdit l'œil droit* (1).

§ V.

Les recherches qui précèdent (voir §§ II et III), sur les mucus, nous ont conduit aux conséquences pratiques suivantes :

1° Il faut chercher à guérir, le plus rapidement possible, les gonorrhées, la matière qui en découle pouvant rester constamment virulente, et déterminer tôt ou tard l'ophthalmie gonorrhéique. L'observation est ici en rapport avec nos recherches : c'est ainsi que M. Ricord (2) rapporte un cas d'ophthalmie blennorrhagique, survenue après 7 semaines d'existence de l'écoulement.

2° Le traitement par les injections fortes de nitrate d'argent (gr. 8 sur ℥ij d'eau), change généralement la nature de l'inflammation uréthrale, et l'écoulement muqueux, qui en est la suite *immédiate*, n'est plus virulent.

3° L'écoulement gonorrhéique étant le résultat d'une affection plus profonde, plus durable, que celui déterminé par les injections au nitrate d'argent, il faut insister plusieurs jours de suite sur ce traitement, car si on désiste trop tôt, l'écoulement reparaît et jouit de nouveau de tous ses caractères.

4° Ces conséquences doivent être appliquées au traitement de notre ophthalmie; car là comme ici, il doit être employé avec persévérance, et le mal doit être poursuivi tant qu'il en reste. Nous croyons que c'est à l'oubli de ce précepte, au renvoi des hommes au corps avec des engorgements, qu'il faut attribuer un certain nombre de récidives, signalées depuis quelque temps chez des hommes revenus des hôpitaux et même des dépôts ophthalmiques.

§ VI.

L'espèce de décomposition des mucus que nous avons vu ré-

(1) Ce fait est des plus authentiques et pour qu'on ne puisse le révoquer en doute, je l'ai fait constater par le bourgmestre et un échevin de la commune et je conserve la pièce qu'ils m'ont donnée.

(2) *Lancette française* du 29 juin 1833. *Encyclographie*, juillet, 1833.

sulter (voir § III) par suite de leur mélange avec le chlorure de chaux, nous a engagé à faire les expériences suivantes :

Exp. IV. — De la matière ophthalmique mêlée à égale partie de chlorure de chaux liquide pur, est déposée, le 5 juin 1838, sur les conjonctives oculaires d'un chat ; la matière avait été recueillie chez le chasseur Bettens, porteur d'une ophthalmie purulente peu grave.

Le chat examiné, le 14 juin, n'avait pas la moindre trace de la maladie que nous cherchions à susciter.

Exp. V. — La même expérience que ci-dessus est répétée sur les paupières d'un chien, le 25 août 1840, et nous donne le même résultat.

Ces expériences ne furent pas continuées à cette époque, le peu de temps qui nous restait pour terminer notre travail sur l'ophthalmie de l'armée pour le concours de 1839, nous forçant à nous occuper de recherches d'une autre nature et non moins importantes ; nous les avons reprises depuis.

Exp. VI. — Du fluide de gonorrhée datant d'un mois est recueilli, le 9 novembre 1839 ; le malade avait été soumis aux injections et au baume de copahu ; toutefois, depuis 10 jours, il ne l'était plus qu'aux antiphlogistiques ; l'écoulement est blanc et sans action sur le papier de tournesol.

Déposé dans deux cas, sur les conjonctives palpébrales d'un chien, nous pouvons nous assurer de ses qualités virulentes.

Délayé avec du chlorure de chaux liquide, et porté, le 15 août 1840, sur les conjonctives palpébrales d'un chien, il reste sans action.

Exp. VII. — La même expérience est répétée sur un pigeon, et le résultat est le même (15 août 1840).

Exp. VIII. — Du fluide de gonorrhée, comme dans l'exp. VI, délayé dans 2 gouttes de chlorure de chaux liquide, est porté dans le canal de mon urèthre, et j'en prolonge le contact pendant 2 heures (18 août 1840).

Nous ne percevons pas la moindre particularité, si ce n'est un peu de cuisson immédiatement après l'introduction de la matière.

Exp. IX. — Du fluide d'une blennorrhagie aiguë non traitée

et datant seulement de 6 jours, et fourni par M. le médecin adjoint Robert de l'hôpital de Liége, est mêlé avec partie égale de chlorure de chaux liquide et introduit dans le canal de mon urèthre.

Une petite sensation de chaleur s'y manifeste aussitôt et se prolonge pendant toute la journée et la nuit suivante, offrant quelqu'analogie avec cette cuisson uréthrale qu'on perçoit parfois après avoir bu plusieurs sortes de bierres jeunes. Du reste, pas le moindre écoulement, et la sensation légèrement douloureuse a disparu le lendemain pour ne plus reparaître (24 août 1840).

Exp. X. — Le 24 août 1840, nous répétons l'expérience VI, mais au lieu de fluide gonorrhéique, nous prenons de la matière ophthalmique recueillie, le 21 décembre 1839, dans un cas aigu.

Il n'y eut pas la moindre modification pathologique.

Exp. XI. — Le chasseur Lami était porteur de granulations inflammatoires avec sécrétion abondante de matière; celle-ci recueillie et mélangée avec le chlorure est déposée, au moyen d'un pinceau de poils de marthe sur la face interne de notre paupière gauche (23 août 1840).

Une sensation de chaleur légère avec un peu de roideur de la paupière se fait sentir pendant une demi-heure, et disparaît en laissant les conjonctives palpébro-oculaires aussi nettes qu'avant.

Exp. XII. — Du fluide de gonorrhée, le même qui a servi aux expériences VI, VIII et X, mêlé à partie égale de chlorure, est porté sur nos conjonctives gauches, au moyen d'un pinceau (25 août 1840, au matin).

Même résultat qu'à l'expérience précédente.

Exp. XIII et XIV. — Du fluide d'une gonorrhée aiguë, datant de 5 jours et ayant un aspect verdâtre et une consistance épaisse, est recueilli le 26 août 1840, dans l'après-dînée; mêlé aussitôt à parties égales de chlorure de chaux liquide, nous l'instillons entre nos paupières et nous en introduisons dans le canal de notre urèthre.

La cuisson qui en résulte est moindre que dans les cas pré-

cédents et n'amène aucun changement dans l'organisation de nos paupières et de notre urèthre (28 août).

Nous possédons également quelques faits qui tendent à prouver que le sublimé corrosif a sur nos mucus virulents des propriétés analogues à celles du chlorure, mais ces faits sont trop peu nombreux et nous ne les avons point assez variés pour arriver à des conclusions positives; c'est pour cette raison que nous nous abstenons de les rapporter ici (1).

Les expériences qui précèdent sont tellement péremptoires et constantes dans leurs résultats, que nous osons en tirer les conclusions suivantes, importantes pour l'hygiène :

1° On pourrait préserver de l'infection ophthalmique, un corps de troupes saines, mises en contact avec d'autres infectés, en obligeant les hommes qui composent le premier, à se lotionner plusieurs fois par jour les paupières avec un collyre chloruré.

2° Il en serait de même des recrues à leur arrivée aux corps, car il est d'observation que c'est au commencement de la vie militaire que cette infection a surtout lieu.

3° Nous parlerons au paragraphe 9, où il est question du recèlement du principe ophthalmique, d'une autre conséquence hygiénique qui découle des mêmes faits.

4° Il est de fait que presque toutes les ophthalmies des nouveau-nés sont dues à l'existence d'écoulements vaginaux chez les mères et que c'est surtout pendant l'exonération du fœtus que l'infection en a lieu. Quelques injections chlorurées dans le vagin avant cette exonération doivent avoir pour effet de mettre le nouveau-né à l'abri de cette maladie (2).

(1) Le bichlorure de mercure a la propriété de se combiner avec l'albumine et la fibrine sans se décomposer, et forme, avec ces principes de l'organisation animale, des composés remarquables (Lassaigne).

Dans l'action d'un sel métallique sur un tissu quelconque, il s'établit d'abord, une combinaison entre ces deux corps qui doit modifier ses propriétés et apporter un changement dans ses fonctions (Académie des sciences, 23 décembre, compte-rendu d'un travail de M. Lassaigne).

(2) Il est bien d'autres conséquences hygiéniques que les médecins qui s'occupent de maladies vénériennes pourraient en déduire, mais cet objet n'ayant pas un rapport direct avec notre travail, nous les omettons à dessein

§ VII.

Il est d'observation que c'est pendant *les temps lourds, lorsque l'atmosphère est surchargée d'électricité, et lorsque en même temps le temps est humide*, que nos ophthalmies passent rapidement à un état grave, la purulence; j'ai cherché à apprécier l'influence de l'électricité et j'ai eu recours aux expériences suivantes :

Exp. XV. — *Galvanisme.* — Le 21 décembre 1839, conjointement avec M. Pasquier, pharmacien de 1re classe de la garnison de Liége, nous appliquons les deux fils conducteurs de laiton, d'une machine galvanique à la Wollaston mise en jeu, sur la face interne de la paupière inférieure du côté gauche d'un chien porteur d'ophthalmie granuleuse inflammatoire à un degré prononcé. Les deux extrémités des fils de laiton sont tenus à une courte distance; on peut remarquer de petites étincelles, partant d'une extrémité à l'autre; et qui, à en juger par le mouvement des paupières, sont perçues par l'animal. Sur la face interne de la paupière droite, nous appliquons seulement l'extrémité du fil correspondant au pôle cuivre, tandis que l'extrémité du fil correspondant au pôle zinc était appliquée sur la face interne de la paupière gauche.

Le 22, nous examinons les conjonctives des paupières; elles nous paraissent plutôt améliorées qu'empirées.

Le 24, le chien se trouvant dans le même état que le 22, nous eûmes recours à l'expérience suivante.

Exp. XVI.—*Electricité.*— Le 24 décembre 1839, une machine électrique forte est mise en mouvement; le chien dont il est parlé dans l'expérience précédente, est isolé sur un tabouret et mis en communication avec les conducteurs de la machine; cette opération est continuée pendant une demi heure; le chien se trouve de cette manière dans une atmosphère d'électricité et pour s'assurer de son existence; on approche de temps à autre la boule d'un excitateur et il y a production d'étincelles et secousses à la fois.

A part cette dernière circonstance qui paraît fort incommode au chien, à en juger par ses cris et ses efforts pour mordre la boule de l'excitateur, nous ne remarquons chez lui absolument rien de particulier.

Cette expérience qui a été exécutée par les soins bienveillants de M. le professeur de physique Glussenler, de l'université de Liége, n'a apporté aucun changement aux yeux du chien.

Exp. XVII.—Le 27 décembre 1839, entre les paupières d'un chien fortement granulé, nous versons de la matière ophthalmique, soumise le 21 à l'action de la pile de *Wollaston;* sous l'influence de cette action, la matière s'était décomposée, une partie s'en était coagulée (l'albumine probablement); cependant au moment de l'inoculation la matière semblait avoir recuperé ses caractères normaux, antérieure à l'action de la pile.

Jusqu'au 4 janvier, nous ne pouvons reconnaître la moindre modification aux conjonctives des paupières, autre que celle qui préexistait. Nous abandonnons le chien pour d'autres expériences.

Les expériences qui précèdent bien que négatives ne peuvent renverser les résultats d'une observation minutieuse et attentive; peut-être faudrait-il les répéter sur une plus grande échelle, et il nous paraît probable même que ces expériences demeureraient toujours incomplètes et conséquemment sans valeur, vu l'impossibilité de reproduire toutes les conditions qui existent à l'époque des temps orageux.

§ VIII.

L'observation nous apprend encore que c'est pendant les gardes de nuit que les ophthalmies granuleuses passent à l'état grave, purulent. On en a inféré que la cause déterminante, était le passage du chaud au froid, ou bien l'action d'un courant d'air vif, venant à frapper le visage. Cette influence a de plus été considérée comme pouvant à elle seule déterminer le mal. Notre observation propre nous avait suffisamment démontré que la deuxième assertion était dénuée de fondement puisque sur le littoral de l'Escaut, où les causes catarrhales sont le plus évidentes on ne remarque point ces sortes de maladies. La non existence de la maladie dans d'autres troupes, également assujetties aux gardes nocturnes, le démontre encore. Pour apprécier la vérité de la première assertion nous avons fait les expériences qui suivent:

Exp. XVIII. — A dater du 4 janvier 1840, un chien porteur de granulations inflammatoires avec ophthalmie, est soumis tous

les jours pendant 20 minutes à l'action d'un vent coulis très-marqué et déterminé au moyen d'un soufflet destiné à alimenter un rechaud. Le vent chassé par le soufflet tombe avec force *sur la surface de l'œil gauche* et ressort d'entre les paupières en sifflant. Sous l'influence de cette ventilation l'œil et la conjonctive palpébrale semblent blanchir, mais après, ces parties recouvrent leur rougeur antérieure et la sécrétion muqueuse paraît un peu augmentée.

L'opération est continuée jusqu'au 15. Nous examinons les yeux et nous trouvons les granulations un peu plus dessinées sur la conjonctive palpébrale de l'œil qui a subi l'opération, que sur l'autre.

Exp. XIX. — Cette expérience répétée pendant les dix premiers jours de juin 1840, a eu des résultats complétement négatifs.

Exp. XX. — A dater du 1er juillet jusqu'au 11 août, conséquemment pendant 42 jours, on réitère cette opération tous les jours sur un chien porteur de granulations inflammatoires survenues par nos essais d'inoculations.

Le temps pendant tout le mois de juillet est très-variable, l'atmosphère constamment orageuse; dans les 11 jours d'août il fait très-sec et chaud.

Les paupières examinées après chaque insufflation sont plus pâles, moins vasculeuses.

Nous observons pendant la durée des expérimentations des alternatives de léger mieux et de léger pis, mais au total le chien est mieux à la fin des expériences, qu'au début. (11 août 1840.)

Ces expériences répétées plusieurs fois, mais d'une manière beaucoup plus incomplète et moins assidue, ne nous ont pas donné d'autres résultats. Pourtant d'après M. Jourdan : « il n'é-
» tait pas rare, sous le régime de la conscription, de voir des
» jeunes gens se procurer une ophthalmie habituelle, en s'ex-
» posant chaque jour à l'action d'un courant d'air traversant le
» trou d'une serrure, et obtenir, au moyen de cette ruse, un
» congé de réforme, qu'ils payaient quelquefois bien chèrement
» par la perte de leur œil » (1).

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, article *ophthalmie*.

Sans prétendre que les courants d'air, et les alternatives de chaud et de froid, n'ayent aucune influence sur l'aggravation de l'ophthalmie granuleuse, nous croyons cependant que l'importance de cette cause est beaucoup moins considérable qu'on ne se l'imagine généralement (1) et que peut-être l'on en trouverait plutôt l'énigme dans le séjour des corps de garde mêmes où me paraissent exister des influences plus propres à cette aggravation. En effet il y a là généralement encombre, défaut de renouvellement de l'air, chaleur plus ou moins étouffante et qui occasionne un transport plus considérable vers l'extrémité encéphalique, sans omettre la stimulation interne à laquelle se soumettent les hommes de gardes; ne seraient-ce pas ces causes qui en donnant plus d'activité à la contagion, aggravent la granulation existante et compliquent celle-ci de rougeur oculaire?

§ IX.

Nous avons vu aux paragraphes précédents, 1° *que le principe contagieux pouvait se volatiliser et se répandre dans l'atmosphère;* 2° *que le mucus virulent desséché et exposé à l'air pouvait conserver pendant longtemps ses qualités toxiques ou virulentes.* Nous savons encore par l'expérience (voir Fallot et Varlet), que *l'humidité* unie à la chaleur favorise l'extension de l'ophthalmie, comme elle favorise l'extension des autres maladies contagieuses, que la sécheresse au contraire est un obstacle à sa propagation. Ces données nous permettront d'aborder la question du recel du principe ophthalmique dans des locaux ou par des objets ayant servi à des malades.

Nous concevons sans peine, que, des émanations vaporeuses d'yeux malades, se dégageant dans l'atmosphère d'une chambre, après en avoir saturé l'espace, se condensent avec l'humidité qui les tient en suspend et retombent sur le sol ou les parois de cet

(1) M. Fallot avait déjà fait cette observation et c'est parce qu'il avait réfléchi que loin d'augmenter en hiver, époque des affections catarrhales, l'ophthalmie diminuait au contraire, qu'il a naguère renoncé à l'opinion qu'il avait antérieurement émise, que l'ophthalmie militaire n'était qu'une ophthalmie catarrhale.

appartement. Mais avant que cette condensation s'opère, cette vapeur se soutient au moyen de la chaleur native dont elle est pénétrée, et flotte ainsi dans l'appartement où elle peut s'accrocher à tous les corps hygrométriques, avec lesquels elle se trouvera en contact (1). Toutes les substances végétales ou animales, dont on fait des tissus pour nos vêtements, meubles et hardes, ont surtout une grande avidité pour l'humidité vaporeuse; ils sont, en un mot, tous hygrométriques, et le sont d'autant plus, qu'ils contiennent plus de poils, de duvet, qu'ils sont plus légers, plus poreux (2); il s'ensuit que les miasmes une fois condensés sur ces corps, peuvent y être conservés pendant longtemps, sans perdre de leur propriété vénéneuse.

On voit déjà combien nos soldats, parmi lesquels il se trouve beaucoup d'individus dont les paupières sont malades, et qui séjournent dans le même milieu où se trouvent tous leurs effets, leurs nombreux vêtements de drap, le shako ou le colback, leurs couvertures de laine, on voit, dis-je, combien ils l'emportent sur toute autre accumulation d'hommes, pour que la pénétration de ces objets par l'émanation ait lieu. Si ces hommes occupent des locaux naturellement froids et humides, des casernes voûtées, par exemple, cette pénétration sera plus facile et plus profonde, aussi est-il à remarquer que c'est surtout dans ces derniers locaux que le recel *a été soupçonné.*

Si l'humidité a favorisé par sa condensation le dépôt du principe contagieux sur ces objets, la chaleur et la sécheresse en favoriseront le dégagement; il en sera de même de la ventilation, du battage des couvertes et matelas et du vêtement de drap. Dans le premier cas l'humidité du corps hygrométrique a disparu; dans le second, les molécules aériennes humides et imprégnées, logées dans les vacuoles des tissus ou ayant pénétré ceux-ci, sont remplacées par des molécules aériennes nouvelles. Dans l'un et l'autre cas l'acte de la contagion peut s'opérer lors-

(1) Cette explication est empruntée à M. Billeray, qui donne littéralement la théorie que nous émettons, pour toutes les infections. (Voyez son mémoire sur la contagion en général et l'infection miasmatique en particulier; *Journal des connaissances médico-chirurgicales,* décembre 1835.)

(2) Voyez Billeray, ouvrage cité.

qu'on s'expose dans le milieu contaminé, *et avoir lieu de cette manière en l'absence d'individus déjà malades.*

Le recel du principe contagieux s'opère encore d'une autre manière que ci-dessus, si le premier mode est susceptible de quelque contestation, celui qui suit ne peut l'être nullement.— Que plusieurs individus soient atteints d'écoulements virulents de l'œil; la matière qui est d'une abondance ordinairement extrême, imprégnera leurs objets de couchage et leurs vêtements; cette matière s'y desséchera bientôt, mais vu leur nature hygrométrique, ces objets se pénètreront plus ou moins fréquemment d'humidité atmosphérique; à chaque imprégnation, l'humidité pourra enlever quelques éléments ou délayer quelques particules de la matière, *et les atomes en se vaporisant pourront encore reproduire le mal en l'absence d'individus déjà malades.*

La contagion étant reconnue et certaines propriétés du virus ophthalmique ne pouvant être contestées, il y aurait peu de logique à ne pas en admettre les conséquences, c'est-à-dire la possibilité du recel. Les faits viennent du reste corroborer la prévision de la théorie; nous croyons devoir rapporter ici successivement plusieurs de ces faits que nous ne ferons qu'esquisser et que nous puiserons dans Müller, Fallot, Varlet et quelques autres (1).

Fait XXI. — Christine Seyfers, âgée de 22 ans, d'une très-bonne constitution, n'avait jamais souffert des yeux quand elle contracta l'ophthalmie, sans savoir comment. Elle la communiqua d'abord au maître de la maison où elle servait, et ayant changé neuf mois de condition, elle entra chez ses nouveaux maîtres dans un moment où l'inflammation avait considérablement augmenté d'intensité; pour se défendre de l'impression de la lumière elle reposait souvent la tête sur l'oreiller de sa maîtresse, et celle-ci ne tarda pas à en être affectée (2).

(1) Des faits curieux de recel ont été rapportés par M. Gendron pour la dyssenterie et par M. Billeray pour le typhus; on admet encore cette possibilité pour la coqueluche (voir Roche et Sanson), ainsi que pour d'autres maladies contagieuses. N'est-il pas étonnant après cela qu'on s'opiniâtre à la rejeter pour l'ophthalmie granulaire.

(2) Fallot et Varlet, *Recherches sur les causes de l'ophthalmie qui règne dans l'armée*, pag. 94.

Fait XXII.—Elisabeth Steiger, âgée de 22 ans, gagne l'ophthalmie en couchant dans le même lit qu'une jeune veuve qui en était atteinte depuis longtemps; elle la communique après son retour dans sa famille, etc. (1).

Fait XXIII.— « Lors de mon départ pour les Indes Orientales, en 1802, rapporte M. le major De Boer (2), je n'avais jamais entendu dire que l'ophthalmie eût régné dans l'armée (hollandaise), quoique le soldat portât déjà la cravate, et cette maladie était entièrement inconnue à Surinam, Berbice, Demerary, etc., malgré la stricte exactitude avec laquelle on suivait la tenue, que l'on fût ou non en service.

» En 1803, je fus fait prisonnier par les Anglais, avec la garnison de la colonie Berbice, et transporté comme tel aux Barbades, j'y attendais un nouveau départ, lorsque je fis la connaissance d'un capitaine anglais nommé Jhonson, avec lequel je me liai d'amitié; il m'apprit que le vaisseau destiné à notre transport avait servi à ramener d'Égypte des malades de l'armée anglaise, et il m'exprima la crainte que nous ne fussions atteints de l'ophthalmie pendant la traversée, parce que le vaisseau en était infecté, et qu'on avait dû même, à cause de cela, en renouveler plusieurs fois l'équipage, depuis que l'on s'en servait aux Indes Orientales.

» Le 10 novembre 1803, nous fûmes embarqués sur ce bâtiment avec d'autres prisonniers de guerre; au nombre de 46 officiers, 5 ou 6 femmes, 3 ou 4 enfants et 486 sous-officiers et soldats. On pouvait se mettre à son aise à bord, et loin de se serrer le cou, la poitrine ou le front, chacun restait presque nu pendant les grandes chaleurs. Le 20 novembre, dixième jour de notre embarquement, l'ophthalmie se déclara dans toute sa violence; 20, 30 et jusqu'à 40 personnes gagnaient la maladie par jour, de sorte qu'en peu de temps, officiers, soldats et matelots, presque tout le monde en était atteint, et un grand nombre avec une telle violence, qu'ils perdaient la vue dans les derniers moments.

(1) *Ib.* p. 95.
(2) *Ib.* p. 126.

» Nous restâmes dans cet état, etc. . . . .
. . . . »

« Dans la même année la garnison de Surinam éprouva le même sort que la nôtre. Des bâtiments infectés servirent de même à en transporter les troupes en Europe, lesquelles gagnèrent aussi l'ophthalmie pendant la route, et elles nous rejoignirent à Naarden dans le plus malheureux état.. . . . . .
. . . . »

M. Vanonsenoort (Etterachtige oogonsteking by bejaarden), rapporte ce fait d'une manière analogue en invoquant l'autorité de M. Croissant, chirurgien major de l'hôpital et de la garnison de Nimègue, qui faisait partie des troupes de transport dont il est fait mention ci-dessus et qui souffrit de cette ophthalmie.

Fait. XXIV.—En 1829, Michel, frippier, rue de la Couronne, à Mons, eut deux enfants, âgés de 5 à 6 ans, atteints de l'ophthalmie purulente, qui amena chez l'un d'eux la fonte purulente de l'œil. On ne reconnut d'autres causes à la maladie de ces enfants que de s'être amusés à se couvrir de shakos provenant de militaires qui se rendaient chez eux en congé. Ces shakos trop grands, tombaient au-devant de la face et glissaient sur les paupières; ses aînés et les plus jeunes qui PARAISSENT n'avoir rien fait de semblable ont été exempts de la maladie (1).

Fait XXV. — 1° Une femme de militaire, atteinte d'ophthalmie, logea en 1831, pendant deux nuits, chez Brouwers, Mathieu, fermier à Moulan (Liége) : quelques jours après, les enfants ont été atteints du mal, puis ensuite le père, enfin tous les habitants de la ferme au nombre de 10.

2° Plus tard en 1833, Brouwers devenu veuf et encore atteint d'ophthalmie, se remarie et va habiter la maison de sa nouvelle épouse; peu de temps après, les enfants de celle-ci, qui aussi était déjà veuve avant ce mariage, contractent l'ophthalmie avec elle. Les 14 personnes qui composaient cette seconde habitation, en furent toutes affectées successivement.

3° *La maison évacuée par Brouwers à l'occasion de son second mariage; fut occupée par Guerten (Leonard). Rien n'y était resté*

(1) Hairion. *Considérations pratiques et recherches expérimentales sur le traitement de l'ophthalmie*, pag. 96.

que les quatre murs. Quelques semaines après Guerten est pris d'ophthalmie ; ensuite sa femme et ses trois enfants (1).

4° Le jardinier Lejeune, Nicolas, contracte l'ophthalmie granuleuse d'une manière assez prononcée, pour être resté quelques instants pendant le jour dans la chambre de Guerten, où était déposée la clef d'un jardin dans lequel il travaillait; deux de ses enfants sont également granuleux; (la femme seule n'a rien).

5° En 1835, la fille de Vanhaubel, Lambert, couturière, contracte l'ophthalmie d'une manière très-intense pour avoir travaillé dans la maison de Brouwers, dont il est question ci-dessus. Sa famille convaincue de la contagiosité de l'ophthalmie, s'en préserve en isolant leur fille et tous les objets qui lui servaient. Une des sœurs ayant couché avec elle la contracte mais d'une manière légère.

6° La fille de Cerfontaine, Jean, travaillait chez Brouwers en 1835; elle y contracte l'ophthalmie, la communique à son père qui est un maréchal ferrant, à sa mère, à deux frères et à une sœur. Le père se guérit rapidement en exposant ses yeux à une chaleur excessivement forte, produite par une lame de fer rougie à blanc et placée à peu de distance des yeux, substituant de cette façon une irritation violente par cause externe, traumatique à celle de nature spécifique qui s'y était fixée.

7° Le fils de Guaden, Adam, cabaretier, fréquentait la maison de Brouwers; il contracta l'ophthalmie en 1834. Son père, sa mère et 5 autres enfants en ont été pris successivement, mais d'une manière très-grave.

8° La femme de Broers, Jean, et deux enfants ont l'ophthalmie depuis 2 ans, *il est probable* qu'ils l'ont contractée en communiquant avec la famille Brouwers dont ils sont les plus proches voisins.

9° Trois servantes furent successivement renvoyées de la maison Brouwers avec l'ophthalmie qui les empêchait de travailler.

(1) La femme était en 1837 encore excessivement affligée de ce mal ; la cornée transparente était envahie et une photophobie déjà ancienne l'empêchait de s'éloigner de sa chambre.

Il en a été de même de plusieurs ouvriers. Il s'en est suivi, ainsi que des nombreuses rélations entre les familles infectées et celles qui ne l'étaient pas, une propagation qu'on à peine à saisir et qui est cause qu'aujourd'hui la moitié de ce village souffre horriblement des yeux. C'est ainsi que nous avons appris que Jean Pauwen, sa femme et huit enfants, dès 1833, en ont souffert d'une manière effrayante.

10° Plus tard, en 1835, M. Brouwers ayant aussi établi une ferme à *Eckelraed* (Limbourg), fut obligé d'y loger fréquemment. L'ophthalmie s'y développa bientôt chez tous les habitants de la ferme, et de là se répandit dans plusieurs autres fermes du voisinage.

Ce fait est de la plus haute authenticité; il a été recueilli par moi et j'ai été aidé dans cet examen par MM. le bourgmestre et le 1er échevin de la commune; j'ai visité les paupières de chacun des individus qui figurent dans la relation.—Je suis allé fréquemment, depuis lors, dans cette commune, et j'ai été surpris du grand nombre d'individus qu'on y rencontre avec ce que les Allemands appellent weiche augen (1).

La question du recel n'est pas nouvelle; elle a déjà été admise par Weller, MM. Fallot et Varlet et par les contagionistes qui leur ont succédé. Si nous y sommes revenu ici, c'est que depuis que les médecins recommandables que nous venons de citer, ont émis cette opinion, nous avons pu recueillir d'autres éléments propres à la solution de la question, éléments qui nous manquaient en partie; c'est aussi parce que nous avons pu apprécier un moyen propre à en empêcher les effets. Nous avons vu expérimentalement (voir § 6), que le chlorure de chaux liquide neutralisait l'action du virus ophthalmique et gonorrhéique; il s'ensuit que le lavage des objets susceptibles de l'être avec une certaine quantité de chlorure de chaux et l'exposition, de ceux qui n'en sont pas susceptibles, aux émanations du chlore, auraient pour résultat de mettre à l'abri du récèlement en y décom-

(1) La réapparition constante de quelques cas d'ophthalmie dans nos corps, alors que nous croyons en avoir éliminé tous les granulés, même les plus légèrement affectés, ne pourrait-elle pas être considérée comme le résultat de l'infection par recel ?.... Nous sommes disposé à le croire.

posant, dans l'un et l'autre cas, la matière qui y serait imbibée; les aspersions de chlorure de chaux dans les salles auraient également pour effet de les désinfecter.

§. X.

« Si l'ophthalmie était contagieuse, a dit un médecin militaire distingué, mais partisan exclusif de la *compression* (M. Vanzevendonck), la Belgique ne devrait être habitée que par une population aveugle, gouvernée par un borgne. » Beaucoup d'autres anti-contagionistes ont nié l'importation de l'ophthalmie qui afflige nos soldats, dans des familles bourgeoises. — Pour faire apprécier combien cette maladie est aujourd'hui répandue dans le civil, nous croyons devoir exposer ici certains résultats de nos recherches, bien propres à jeter des éclaircissements sur ce sujet.

1° Sur environ cent filles publiques que nous avons visitées à Liége, en novembre 1839, six étaient plus ou moins fortement granulées avec ou sans état inflammatoire prononcé; sept autres conservaient des traces de cette maladie, et plusieurs encore avouaient avoir longtemps souffert des yeux, ce qu'il était aisé de vérifier par l'inspection des conjonctives des paupières; deux femmes, non comprises dans le nombre qui précède, souffraient depuis des années d'une blépharite ciliaire, sans qu'aucune modification granuleuse existât (1).

(1) Nous remarquons tous les jours des faits semblables et qui seuls doivent nous faire soupçonner quelque chose de spécial dans l'ophthalmie granuleuse, car s'il en était autrement comment concevoir que des irritations prolongées du bord et de la face interne des tarses ne déterminent point le développement de la granulation vésiculeuse?

Nous avons eu occasion d'observer un autre exemple bien remarquable : le nommé Decoster a succombé dernièrement à l'hôpital de Liége, à la suite d'un éléphantiasis de la face. Les paupières qui étaient énormément tuméfiées et dûres avaient pris une apparence extérieure semblable à celle de l'ophthalmie purulente. Cet état des paupières ayant persisté pendant des mois entiers, grand fut notre empressement pour nous assurer des changements apportés par la maladie. Voici ce que nous observâmes à l'autopsie : les paupières énormément épaissies, enflées et dures, offrent sur toute la face interne des tarses, des saillies très-nombreuses, confluentes et faisant un fort relief;

Presque tous ces cas de maladie se rencontraient dans la catégorie la plus abjecte des filles publiques, chez celles qui ne hantant que nos soldats, étaient misérables, sales, dégoûtantes; chez celles d'une classe plus élevée, vivant dans plus d'aisance et n'ayant pas les mêmes rapports, nous n'avons rencontré que fort peu de femmes atteintes d'ophthalmies granuleuses. C'est chez une de la première catégorie qu'un confrère de Liége, M. le docteur M..., a traité, l'an dernier, sur les Walles, une ophthalmie purulente grave, quoiqu'elle ne portât aucun écoulement aux parties sexuelles.

2° A la visite des recrues du 2e régiment des chasseurs à pied, de la levée de 1836, visite faite en avril 1838, sur environ 300 individus, nous en avons trouvé douze fortement pris de granulations inflammatoires et chez cinq de ces derniers toute la famille paraît en avoir souffert.

A la visite des recrues de la levée de 1837 du même régiment, faite en décembre 1838, nous avons trouvé vingt-deux individus porteurs de granulations et d'engorgements granuleux plus ou moins prononcés; chez onze de ceux-ci, toutes leurs familles paraissent en avoir souffert.

Dans la levée du 7e de ligne, de la même époque, M. le médecin de régiment Koch a trouvé onze individus très-fortement granulés.

Au 3e régiment d'artillerie, M. le médecin de régiment Dew... a trouvé dans la même levée 79 granulés, à différents degrés de développement.

3° Les ophthalmies granuleuses sont fort communes à Liége, et l'on remarque fréquemment dans les rues, des individus de basses classes, aux paupières gonflées à leur base et au reflet rose des conjonctives oculaires (weiche augen); j'ai vu plusieurs personnes atteintes de cette maladie; l'an dernier elle a sévi dans l'établissement des orphelines, où elle a passé chez plusieurs d'entre elles, à l'état de purulence. En ce moment la maladie

postérieurement aux tarses, les conjonctives n'ont pas subi la moindre altération, nous avons fait dessiner ce cas, dont la relation a été adressée à la Société de médecine d'Anvers par M. Midavaine et par moi (*voyez le n° précédent des Archives*), et nous conservons une des paupières de Decoster dans un bocal à l'esprit-de-vin.

sévit dans l'établissement des orphelins, sur les nombreux enfants qui s'y trouvent; presque tous, au nombre de 78, en sont affectés, mais chez un seul la maladie a paru sous la forme purulente grave. L'engorgement granuleux y est chez tous excessivement prononcé. *Le mal s'est d'abord manifesté chez un ou deux individus, et s'est ensuite propagé aux autres.* On a invoqué pour causes, mais sans grand examen, l'habitation dans un local nouvellement bâti, les influences catarrhales et quelques autres causes qui ne satisfont pas l'esprit. Ce qui nous paraît plus important sous le rapport étiologique, c'est que beaucoup de ces enfants appartiennent à des familles militaires, et qu'ils vont souvent passer des heures entières et même des journées chez leurs parents. Tel est entre autres le petit-fils du portier de l'hôpital militaire qui fait partie des orphelins, et que je vois souvent chez son grand-père; or, celui-ci atteint d'une ophthalmie granulaire chronique depuis 1831, quoique guéri, offre encore des replis rubanés aux conjonctives qui témoignent de son ancienne existence; ses deux garçons, l'un âgé de 10 ans et l'autre de 6, sont porteurs d'engorgement granuleux très-prononcé aux quatre paupières. En présence de telles données n'est-il pas plus raisonnable de rapporter cette maladie à une importation du contageum ophthalmique, que d'invoquer d'autres origines plus ou moins invraisemblables.

Ces exemples de l'extension du fléau, sont bien plus communs qu'on ne le croit généralement; partout j'en ai rencontré, et si d'autres ne la remarquent pas, c'est que leur attention n'est pas dirigée vers ce point; c'est parce que l'ophthalmie granuleuse est conçue diversement par beaucoup de médecins; c'est encore parce qu'il est le plus souvent difficile de saisir le fil ou plutôt la communication du fléau dont nous parlons. Cette dernière circonstance nécessite de notre part quelques réflexions.

§ XI.

On ne conteste pas que la gale soit contagieuse et cependant rien de plus obscur que sa propagation; c'est au point que très-rarement on en saisit le mode de communication. J'appelle à

ce sujet le témoignage de tous mes collègues militaires. La gale pourtant est une maladie qui ne se propage pas par la voie de l'atmosphère, elle n'a qu'un mode de propagation, celle par contact immédiat; combien alors, ne doit-il pas être difficile de constater la propagation de l'ophthalmie militaire, qu'avec notre collègue *Loiseau*, nous considérons pour la facilité de l'extension, comme une véritable gale des paupières; alors que nous savons que cette maladie se propage par la voie atmosphérique, et que nous la voyons dans sa manifestation très-générale se borner à l'état qui n'est bien reconnaissable pour le médecin même qu'en renversant les paupières et en fesant saillir le repli de la conjonctive. Oseriez-vous dire après cela que la maladie lorsqu'elle se manifeste quelque part a surgi sans qu'il y ait eu des rapports avec des sujets déjà malades, que cette maladie est spontanée?.. non, mille fois non! la maladie s'est propagée si loin surtout dans la classe du peuple où tout la favorise, tant dans les villes que dans nos campagnes; les communications y sont si nombreuses et si variées; à chaque instant on se trouve aggloméré avec tant de personnes différentes, dans les pensions, les écoles, les spectacles, les cafés, les cabarets et d'autres assemblées publiques qu'il devient de toute impossibilité de la suivre ou de remonter à son origine et ceci deviendra plus évident encore lorsqu'on se rappellera que le mal peut germer et se développer à un degré assez avancée, sans que le malade s'en aperçoive et celui-ci ne faisant alors dater son mal que du jour où il a perçu quelque douleur vers les paupières, ou quelque trouble dans le fonctionnement de ces parties.

Les faits suivants me paraissent assez curieux sous le rapport étiologique pour que je les rapporte ici.

Fait XXVI. — M. le lieutenant M....t, des sapeurs mineurs, me fit appeler en novembre 1839 pour me prier de visiter sa servante dont les yeux rougissaient souvent. Je trouvai cette fille ayant de fortes granulations inflammatoires; elle nous rapporta qu'elle avait contracté ce mal dans sa dernière condition, où, dit-elle, tout le monde en souffrait. Quoi qu'il en fût, je conseillai à cet officier de se débarrasser de cette fille, qui par ses continuels rapports avec sa famille, pouvait *quoique celle-ci ne s'en*

ressentit encore nullement, lui communiquer son mal. La fille fut renvoyée le jour même; cela n'empêcha pas le mal de surgir chez cet officier; son épouse et son enfant sont porteurs de granulations, assez prononcées, tandis que lui-même n'en porte que quelques-unes avec des replis rubanés de la muqueuse palpébrale.

Dans ce fait le mal ne s'est développé dans la famille qu'après le départ de la servante malade; peut-être avait-il déjà germé mais on ne put le constater; quoi qu'il en soit, si la granulation n'avait pas été reconnue chez la fille, n'eût-on pas pu invoquer, dans ce cas, une autre origine, l'épidémie locale, les influences catarrhales, etc.?

Fait XXVII.—M. le colonel T......s, de l'artillerie, est venu me consulter le 13 juin 1840, pour une ophthalmie granuleuse, à granulations vésiculeuses assez fortes et enflammées; son mal datait de 6 semaines à 2 mois et était survenu sans causes connues, interrogé sur l'existence de la même maladie dans sa famille et chez ses sujets, il répondit que ses enfants avaient bien les paupières agglutinées le matin, mais qu'il considérait cela comme la lippitude habituelle des enfants.

Cependant le lendemain 14 on me fit appeler pour la dame du colonel qui depuis la veille avait les yeux rouges, ce qui me procura l'occasion d'examiner toute la famille, ainsi que les sujets de cet officier. Madame et ses enfants étaient également porteurs de granulations inflammatoires plus ou moins fortes, mais généralement très-prononcées : les deux domestiques mâles en étaient complétement exempts, mais des deux servantes, l'une était porteuse de granulations vésiculeuses transparentes anciennes et inflammatoires; l'autre qui avait souffert pendant longtemps de l'ophthalmie; mais qui en était alors guérie, offrait encore un repli rubané de la muqueuse, suite ordinaire de l'ophthalmie après sa guérison.

La première des deux servantes, celle qui portait des granulations anciennes, demeure depuis 3 ans dans la maison, où elle n'a pour mission que de soigner les enfants; depuis qu'elle y demeure, elle s'est constamment plaint de picotements et de faiblesse dans les yeux; aussi voyons-nous que c'est à elle qu'il faut attribuer l'importation de cette maladie dans la famille.

§ XII.

Dans les paragraphes IV et VI de notre second mémoire (1), nous avons constaté que la granulation vésiculeuse est le caractère constant de notre ophthalmie ; nous avons indiqué la nature et l'anatomie de cette granulation. S'ensuit-il que toute granulation offrant ces caractères dépende de notre ophthalmie ? Nous n'hésitons pas à dire qu'oui, en ce sens, que la granulation est constamment le résultat, ou bien dénote l'existence d'une ophthalmie spécifique contagieuse, pouvant passer à l'état de blennorrhée. S'il y a eu, ou s'il y a encore dissentiment à cet égard, cela provient de ce qu'on ne peut s'entendre sur les définitions plus que subtiles, d'ophthalmie catarrhale et d'ophthalmie contagieuse. Rappelons ici que la plupart des ophthalmies dites catarrhales observées depuis 25 ans chez nos bourgeois, n'étaient autres que notre ophthalmie granuleuse ; il en est de même des ophthalmies dites catarrhales chez nos soldats qui 98 sur 100 étaient la contagieuse (la granuleuse) se compliquant d'une injection dite catarrhale sur le globe de l'œil.

Tout doute sur la nature essentielle de la granulation ne peut être éclairci que d'une manière : c'est dans une contrée où notre ophthalmie ne sévit pas et n'a jamais sévi qu'il faudrait faire des recherches, et si la granulation s'y montre spontanément, nul doute alors que ce caractère n'appartienne plus uniquement à notre mal. Dans notre pays semblables recherches ne pourraient être faites avec toutes les garanties nécessaires. Ne serait-ce pas ici le lieu d'observer, que les auteurs, à quelque pays qu'ils appartinssent, n'observèrent jamais, ou ne décrivirent pas l'état granuleux, alors que ne sévissait pas une ophthalmie épidémique ou contagieuse.... ?

§ XIII.

L'ophthalmie catarrhale a été une complication fréquente de la grippe de 1837 a dit M. Pétrequin. « Ce qui se passait, dit » ce médecin, sur la membrane de *Schneider*, se reproduisait

(1) Voyez ouvrage déjà cité.

» sur l'œil; la muqueuse était injectée, un peu épaissie, sutout
» dans les paupières où elle est d'un tissu moins ferme, et se
» trouvait dans un état de boursoufflement remarquable, ana-
» logue à celui des fièvres éruptives; il y avait une sensation
» incommode de picotement, accompagnée d'un epiphora qui
» n'était point constant; cette variété d'ophthalmie elle-même,
» observée à Paris, Lyon, Bordeaux, Florence, Pavie, Padoue,
» a été rare à Marseille (Giraud St-Rome), Rome, Sienne, Bo-
» logne, etc.; légère en général, elle a parfois été opiniâtre et
» *a survecu à la grippe;* je l'ai vue donner lieu à des tumeurs
» et des fistules lacrymales, à des granulations, etc. Le molimen
» hemorrhagicum que j'ai signalé pour la muqueuse nasale,
» s'est retrouvé ici; on a constaté des hémorrhagies par la con-
» jonctive et les points lacrymaux » (Voisin) (1).

Monsieur le médecin principal Gouzée, bien qu'il regarde les granulations palpébrales comme « *la cause première de l'ophthalmie qui désole quelques armées de l'Europe depuis le commencement de ce siècle et la nôtre en particulier depuis sa formation,* admet cependant qu'elles peuvent avoir quelquefois une autre origine. » Voici comment il s'exprime : « Il ne faut pas oublier
» cependant, comme l'a fort bien fait observer M. Carron du
» Villards, que toutes les ophthalmies dans lesquelles la con-
» jonctive palpébrale est affectée primitivement ou consécutive-
» ment peuvent en laisser des traces (de granulations). C'est
» ainsi qu'elles se montrent après les conjonctivites catarrhales
» simples, les ophthalmies varioleuse, morbilleuse, gonorrhéi-
» que, celle des nouveau-nés et même à la suite de l'irritation
» conjonctivale qui accompagne la grippe; les nombreuses
» nuances de la maladie scrofuleuse entretiennent dans les con-
» jonctives palpébrales, chez les enfants et les adultes un bour-
» soufflement extrêmement rebelle à tous les moyens de traite-
» ment, et que nous rencontrons très-fréquemment parmi nos
» soldats. Dans ces diverses circonstances, après la disparition
» de la maladie qui leur a donné naissance, elles sont bien sou-

(1) Voyez Recherches pour servir à l'histoire de la grippe de 1837 en France et en Italie, *Encyclographie*, janvier 1838, *Gazette médicale.*

» vent méconnues ou négligées, comme nous l'avons dit, et dans
» tous les cas, il est peu de médecins qui fixent leur attention
» sur les boursoufflements granuleux qui ont leur siége aux
» paupières supérieures. » (1)

Mais quelle qu'en soit l'origine les granulations palpébrales, une fois développées, constituent pour M. Gouzée le germe de l'ophthalmie purulente. « Nous avons eu, dit ce médecin, il n'y
» a pas longtemps en Belgique, un pensionnat de jeunes demoi-
» selles dans lequel une épidémie de blennophthalmie s'est dé-
» clarée avec une grande intensité : quelques-unes des pension-
» naires qui le composaient avaient conservé à la suite de la
» grippe, des boursoufflements granuleux aux paupières sem-
» blables en tout à ceux de nos soldats. Trop nombreuses, en-
» combrées dans cet établissement pendant les chaleurs de
» l'été, l'état granuleux se propagea rapidement parmi elles,
» ce qui fut constaté par de fréquentes visites, et l'ophthalmie
» purulente proprement dite parut bientôt chez plusieurs, avec
» son cortége d'accidents graves. L'éloignement de celles de
» ces jeunes personnes qui étaient affectées de granulations, ou
» un traitement énergique opposé à cette altération, et surtout
» la disparition de l'encombrement, ne tardèrent pas à mettre
» un terme à la maladie (2). »

Ce qui précède pourrait être étayé du fait suivant, curieux sous plus d'un rapport et extrait du travail de M. Hairion (3) de Louvain. Ce fait est peut-être celui-là même dont parle M. Gouzée.

« A la fin de l'hiver 1837, une épidémie d'ophthalmie catar-
» rhale succéda à la grippe dans les communes de Herent,
» Winxele, Thildonck, etc., situées sur la rive gauche de la
» Dyle, entre Louvain et Malines. La durée de l'épidémie fut
» de six semaines environ.

(1) Des granulations des paupières et de leur traitement, etc. *Encyclographie,* août 1839, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, pages 37 et sq.

(2) *Ibid.*, pag. 98 et 99.

(3) *Considérations pratiques et recherches expérimentales sur le traitement de l'ophthalmie quirègne dans l'armée belge.*

» La maladie débutait par un abattement général, quelque-
» fois par un léger frisson; souvent ces symptômes précurseurs
» n'existaient pas, ou du moins étaient si peu prononcés, qu'ils
» passaient inaperçus. L'ophthalmie se déclarait dans les vingt-
» quatre heures qui suivaient ces prodrômes. Ses caractères
» étaient ceux d'une ophthalmie catarrhale légère; elle était
» souvent accompagnée de douleur de gorge, de coryza, de cé-
» phalalgie sus-orbitaire et de bronchite; quand un membre de
» la famille en était atteint, les autres souvent ne tardaient pas
» à être attaqués, sa durée était de cinq à huit jours; elle ne
» laissait ordinairement aucune trace de son existence; dans
» quelques cas seulement les malades ont conservé pendant
» plusieurs mois un léger trouble dans la vue, une augmentation
» dans la sécrétion muqueuse, et un développement plus ou
» moins considérable du corps papillaire de la conjonctive.

» C'est à cette époque que remonte l'origine d'une ophthal-
» mie catarrhale contagieuse endémique qui se montra parmi
» les élèves et dames du pensionnat de Thildonck.

» Melle Vandervelpen, élève de cet établissement, portait
» *depuis quatre ans une blépharite glandulaire chronique;* vers
» le temps dont nous parlons, la sécrétion muqueuse devient
» plus abondante, le trouble de la vue augmente, et l'inflamma-
» tion, bornée jusque-là aux bords libres des paupières, s'étend
» à la muqueuse oculaire. Peu de temps après, Melle Rothiers,
» son amie, avec qui elle se trouve toute la journée, à table, en
» classe et pendant les récréations, est atteinte d'ophthalmie,
» qu'elle communique à sa sœur avec qui elle couche; dans l'es-
» pace de quelques semaines, la plupart des élèves en sont af-
» fectées. Les jeunes personnes chez qui l'ophthalmie prend une
» marche aiguë, sont les seules qui reçoivent des secours; peu
» à peu l'épidémie se ralentit; au mois de juillet elle se réveille,
» et fait de nouvelles victimes. Les vacances surviennent et les
» élèves quittent l'établissement pour quelques semaines. A la
» rentrée des cours, le nombre d'élèves se trouve diminué de
» près d'un tiers, plusieurs chez qui l'ophthalmie a pris une
» marche aiguë ou revêtu des caractères plus graves, sont rete-
» nues dans leurs foyers.

» Pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, l'épi-
» démie paraît à peu près éteinte; la plupart des élèves ressen-
» tent bien de la roideur et de la gêne dans les mouvements
» des paupières, un peu de trouble dans les fonctions visuelles,
» et une légère augmentation dans la sécrétion muqueuse qui,
» le matin, tient les paupières et les cils agglutinés; mais tous
» ces symptômes sont si peu marqués qu'aucune d'elles ne
» songe à se plaindre. Pendant le mois de janvier, la maladie
» prend des caractères plus graves, et plusieurs élèves quittent
» le pensionnat.

» Le 15 février, nous y sommes appelé et nous constatons
» l'existence d'une ophthalmie catarrhale régnant épidémique-
» ment dans l'établissement, affectant particulièrement la mar-
» che chronique et ne se montrant que çà et là avec des symp-
» tômes aigus. Sous la première forme, cette ophthalmie a pour
» caractère le développement des granulations sur les conjonc-
« tives palpébrales; chez quelques malades ces granulations
» sont peu nombreuses, vésiculeuses et s'affaissant par la ponc-
» tion avec une aiguille; chez d'autres, elles ont envahi en
» grande partie la muqueuse, elles sont rosées, ou d'un rouge
» plus ou moins vif. Tantôt la sécrétion est peu augmentée,
» tantôt elle est abondante, épaisse, cohérente, filamenteuse ou
» puriforme.

» A l'état aigu, la maladie se présente avec les symptômes
» d'une ophthalmo-blennorrhée.

» Le pensionnat renfermait, en ce moment, 59 élèves,
» 32 dames et 3 enfants orphelins en bas-âge. Aidé de
» M. Van Parys, médecin ordinaire de l'établissement, nous
» faisons une inspection oculaire sévère et générale qui nous
» donne pour résultat un total de 68 malades, dont 54 élèves,
» 12 dames et 2 enfants. Les dames affectées sont celles qui se
» trouvent dans un contact plus immédiat avec les élèves; ce
» sont : les maîtresses d'études et d'ouvrages de mains, les gardes-
» malades, les sœurs chargées de la surveillance dans les dortoirs
» et la sœur lavandière ; une seule fait exception. 38 malades
» ne présentent de granulations que sur les conjonctives palpé-

» brales inférieures; rien de plus varié d'ailleurs que la forme, » le volume, le nombre et la coloration de ces productions » morbides : 36 dont 35 élèves et une dame offrent de la » purulence ; la conjonctive oculaire reste généralement étran- » gère au désordre dont les conjonctives palpébrales sont le » siége; les symptômes subjectifs sont peu prononcés; cinq ma- » lades seulement éprouvent de la photophobie et un larmoie- » ment bien marqué; chez le plus grand nombre l'ophthalmie » reste simple pendant toute la durée du traitement; chez 5, » elle passe à l'état aigu; deux fois elle se montre compliquée » de blépharite glandulaire, une fois de conjonctivite aphtheuse, » quatre fois de kératite vasculaire, et onze fois de congestion » choroïdienne.

» L'identité de cette ophthalmie avec celle qui règne dans » notre armée est apparente. Toutes les recherches que nous » avons faites, de concert avec M. le docteur Van Parys, pour » remonter à l'origine de cette épidémie, n'ont pu nous faire » découvrir d'autre cause que celle que nous avons indiquée, » l'existence d'une ophthalmie catarrhale purulente sporadique, » qui paraît s'être communiquée d'abord d'individu à individu, » et qui a revêtu la forme épidémique, sous l'influence de la » constitution atmosphérique existante, éminemment catarrhale » de l'encombrement des dortoirs et, en général, de la disposi- » tion vicieuse de la plupart des pièces de l'établissement. En » effet, l'un des dortoirs, au moment de l'invasion de la maladie, » contenait soixante-trois lits, occupés et disposés sur six ran- » gées, dont deux le long des murailles et quatre au milieu de » la salle, séparées par des cloisons basses; on y entrait par » une porte très-étroite, et le jour n'y pénétrait que par deux » fenêtres placées l'une à côté de l'autre et hautes de cinq pieds. » Les rangées de lits étaient séparées par des ruelles, qui » avaient moins de trois pieds, et bien qu'il existât trois ven- » touses au plafond, le renouvellement de l'air ne pouvait avoir » lieu que très-imparfaitement. La disposition des autres pièces » de l'établissement n'était guère moins vicieuse. Ainsi, par » exemple, les trois salles d'études étaient très-étroites, relati- » vement au nombre d'élèves qu'elles contenaient, elles commu-

» niquaient ensemble et la chaleur y était toujours très-élevée. »

Sans récuser l'autorité de MM. Gouzée et Hairion dont nous honorons et respectons le mérite, nous ne pouvons cependant admettre, sans examen, les faits qu'ils citent. Celui de M. Gouzée manquant de détails, ne contient rien qui nous permette de l'infirmer; mais il ne peut non plus servir à prouver ce qu'avance ce médecin. Le fait de M. Hairion, plus circonstancié, nous permet de l'examiner, et nous croyons que son analyse est peu favorable à l'hypothèse de M. Gouzée, et partant met en doute son assertion. En effet, l'affection catarrhale générale appelée *grippe,* sévit dans la commune de Thildonck, Winxèle, etc., dans l'hiver de 1837. C'est à la même époque, dit M. Hairion, que commence à sévir une ophthalmie contagieuse dans le pensionnat de demoiselles à Thildonck. Le mal débute chez mademoiselle Vandervelpen, élève de ce pensionnat et qui portait *depuis quatre ans déjà* une blépharite glandulaire chronique; la sécrétion muqueuse devient alors, chez cette demoiselle, plus abondante, le trouble de la vue augmente, etc., etc. Peu de temps après mademoiselle Rothiers, son amie, avec qui elle se trouve, est atteinte du même mal, ensuite la sœur de celle-ci, etc., etc. Qui ne voit là que l'ophthalmie granuleuse existante chez mademoiselle Vandervelpen est passée à l'état grave sous l'influence PEUT-ÊTRE de la grippe, pour se propager ensuite chez les autres pensionnaires? Est-il permis d'avancer alors que la grippe en a été l'origine? Nous croyons le fait mal choisi pour servir de preuve à l'hypothèse : *que, sous l'influence de la grippe, des granulations ont pu naître,* et, sans nier absolument cette hypothèse, nous croyons que des recherches plus minutieuses sont nécessaires, et que l'étiologie, dans de semblables cas, doit être étudiée avec plus de soin qu'on ne le fait généralement. Les médecins que je viens de mentionner ne me paraissent pas avoir tenu compte de la masse de granulés qui se montrent dans le civil et que nous évaluons à environ un sixième de la population, en Belgique, c'est-à-dire à 600,000 sur notre population de 3,500,000 âmes. C'est ce qui conste de la visite que nous venons de faire tout récemment (8 mars 1840) au dépôt du 3e régiment des chasseurs à pied, où, sur 378 recrues, nous avons reconnu 74 gra-

nulés (1). D'après cela est-il étonnant qu'après la grippe on ait reconnu des granulations, quand, d'après ce qui précède, il se trouvait déjà, antérieurement, une masse d'individus qui en étaient porteurs. Pour que des faits semblables à ceux de messieurs Gouzée et Hairion, eussent une valeur scientifique positive, il eût fallu qu'on s'assurât, avant la manifestation de la grippe, de l'état des conjonctives palpébrales des individus qui ont souffert de cette maladie. Il nous paraît donc que jusqu'aujourd'hui toute assertion attribuant à la grippe l'évolution de granulations vésiculeuses des conjonctives des paupières est au moins prématurée.

ULCÈRES A LA JAMBE ENTRETENUS PENDANT 9 MOIS, PAR L'AB-IRRITATION. — INSUCCÈS D'UNE FOULE DE MOYENS. — PUISSANCE DE LA COMPRESSION DANS CE CAS OÙ SON ACTION A ÉTÉ TONIQUE. — INERTIE DE CE GRAND MOYEN ET DE BEAUCOUP D'AUTRES A CAUSE D'UN TROUBLE MORBIDE VISCÉRAL. — RENAISSANCE DE SON ACTION BIENFAISANTE APRÈS LA CESSATION DE CE TROUBLE. — REFLEXIONS.

Par M. E. THIRION, D. M., à Namur.

M. R...., âgé de 46 ans, d'un tempérament lymphatique, aime la bonne chaire et fait un usage habituel et modéré de vin. Il se livre fréquemment à des exercices du corps; les grandes promenades, la chasse et la tenderie sont ses goûts prononcés et semblent indispensables à l'entretien de sa santé. Il n'est entaché d'aucun vice constitutionnel.

En mars 1839, il se développa, au bas et en avant de la jambe gauche, quelques petits boutons qui devinrent autant d'ulcères;

(1) Sur un nombre à peu près semblable, M. le médecin de régiment Von Kriss, n'a trouvé au 3e régiment d'artillerie, que 12 granulés, tandis que M. le médecin de bataillon Dekempe en a trouvé au 1er de ligne et sur pareil nombre 33. Il est bon de remarquer que ces médecins n'ont pas noté les cas les plus légers.

ceux-ci se multiplièrent, offrirent un fond tantôt grisâtre et souvent d'un rouge brun semblable à de la chair à demi putréfiée. La peau circonvoisine prit un aspect rouge violacé; les bords des ulcères se décollèrent fréquemment, et on fut souvent obligé d'inciser des clapiers.

La matière fournie par ces ulcères était sanieuse, on aurait même pu dire rongeante, et lorsque la cicatrisation voulait s'établir d'un côté d'un ulcère, un jour ou deux après la destruction y recommençait.

Au bout de deux ou trois mois, toute la partie de la jambe malade devint, en outre, le siége d'un engorgement très-dur, au point que le 7 décembre, même année, on eût dit qu'il existait là un osteo-sarcôme couvert d'ulcères. Cependant cette tuméfaction n'était formée qu'aux dépens du derme et du tissu cellulaire sous-jacent.

Depuis le mois de mars jusqu'en décembre 1839, on traita cette affection ulcérative, d'abord avec du cérat, des cataplasmes émollients et le repos; puis on fit usage d'onguents supuratifs, et souvent des applications de sangsues. On resta dans ce cercle de moyen sans en sortir, sinon pour inciser des clapiers. D'un autre côté, M. R.... fut astreint à un régime doux, par conséquent privé de l'usage du vin auquel il était largement habitué. Plusieurs fois il fut purgé, mais du reste les fonctions viscérales ne furent point troublées mais bien diminuées.

Le 7 décembre dernier M. R...., qui était mon ancien ami, voulut me voir, afin d'examiner sa jambe et de lui donner les conseils nécessaires.

Je viens de décrire l'aspect général qu'avait alors la partie malade; à ma première visite je remarquai, en outre, que cette tuméfaction ulcérée avait un diamètre de quatre pouces et que toute sa circonférence était parsemée d'une douzaine d'ulcérations renflées, à fond gris rouge brun se déchirant avec la plus grande facilité : les bords décollés étaient remarquables dans tout leur pourtour, par une large teinte d'un rouge violacé au lieu d'être enflammés, tous ces tissus morbides, souvent très-douloureux, semblaient être sous l'influence d'une abirritation qui, en ralentissant le cours des fluides rouges, y avait amené un

état variqueux des capillaires; et cette opinion fut corroborée par l'abondante quantité de sang noir qui s'écoulait lorsque j'incisais ou que j'enlevais une portion de la peau.

Comme je l'ai déjà dit, la matière fournie par les ulcères était sanieuse et liquide, et semblait avoir une propriété corrosive.

J'abandonnai tous les onguents, et je pansai les plaies avec des plumaceaux minces de charpie fine, j'exerçai une compression assez forte sur toute la jambe et le pied avec une bande mouillée, et je la fis arroser avec de l'eau froide.

Après cinq ou six jours de pansements semblables, l'aspect de toute la partie malade était déjà très-satisfaisant; la jambe était considérablement desenflée, et les ulcères, singulièrement réduits, laissaient voir, dans certains endroits, quelques petits bourgeons charnus. La douleur, contre la prévision du malade qui craignait la compression, cessa de se manifester, et la teinte bleuâtre de la peau qui séparait les plaies, était déjà améliorée. Ce premier et prompt avantage obtenu, me fit croire, ainsi qu'au malade, à la possibilité d'une guérison pour le mois de janvier suivant : mais il n'en fut pas ainsi, et voici pour quoi; à cette époque et quoique j'eusse obtenu la cicatrisation de plusieurs ulcères qui formaient le cercle supérieur de la partie malade, je découvris, après la disparition de tout le gonflement, trois veines variqueuses qui semblaient naître de la saphène interne, et étaient du volume d'une grosse plume d'oie. Dès alors je m'expliquai la difficulté de la guérison par l'obstacle apporté par ces varices au retour du sang veineux; il fallait donc les détruire. Le malade répugnait à l'incision et à la ligature, je pris la résolution de les ouvrir dans toute leur étendue (deux pouces) par des applications réitérées de nitrate d'argent. Ce procédé me réussit parfaitement, et avec l'aide de la compression exercée alors de préférence avec les bandelettes agglutinatives, l'adhérence des deux extrémités de chaque varice était complète au moment de l'ouverture du point intermédiaire. Ce résultat quoique avantageux, laissa cependant trois nouvelles plaies à guérir.

Vers le milieu de janvier, il ne restait que trois plaies, la cicatrisation des autres avait été obtenue par les pansements simples aidés de la compression, du nitrate d'argent et de l'excision des

bords décollés. Jusqu'à cette époque la santé générale de M. R.... s'était considérablement améliorée, il se trouvait très-bien de son régime fortifiant, que je lui avais fait reprendre en commençant le traitement; il sentait en lui une énergie de vie qu'il avait cessé d'éprouver depuis longtemps; d'un autre côté, la certitude d'une guérison prochaine était pour lui un stimulant moral très-bienfaisant et très-agréable. Alors que l'on croyait à une terminaison prochaine, on s'aperçut bientôt que les plaies demeuraient stationnaires; la suppuration qui depuis longtemps avait été de bonne nature, redevint sanieuse, les bourgeons charnus qui étaient rouges devinrent pâles et grisâtres; les bords des ulcères se décollèrent et reprirent la teinte rouge bleuâtre, et quelques plaques ulcéreuses mais petites se manifestèrent de nouveau sur les parties cicatrisées. Avec ces particularités locales il existait un trouble obscur du côté de la santé générale; les nuits n'étaient plus aussi bonnes; sans cause appréciable, l'appétit avait perdu de son énergie; les digestions s'opéraient plus difficilement sans occasionner de douleur, le ventre, quoique libre, était plein et comme ballonné. Cependant le pouls conservait son rhythme normal.

Je purgeai plusieurs fois M. R..., avec de l'huile de ricin ou d'autres laxatifs doux. Tant qu'aux ulcères je cherchai à les aviver et à obtenir un nouveau développement de bourgeons charnus par l'excision des bords décollés; le nitrate d'argent, le chlorure de chaux et *toujours* la compression, sans pouvoir produire le moindre changement avantageux. Je fis ensuite usage d'onguent styrax et d'une dissolution de nitrate acide de mercure mitigée, sans plus de succès. Après cela j'essayai, conformément au goût du malade, d'un onguent dont j'ignore la composition, et son infaillibilité fut démentie par l'insuccès. Celui-ci suivit encore l'usage d'un onguent composé de cire, huile, camphre, céruse et baume du Pérou; enfin la pommade à la suie tant vantée par M. Blaud et d'autres praticiens fut appliquée sans le moindre avantage.

Tous ces essais se prolongèrent jusqu'au 10 février, moment de l'explosion d'une scène morbide viscérale. Dans la nuit le malade fut saisi par une gêne considérable dans les organes de

la respiration, et ne voulant pas déranger les gens de la maison, il se traîna péniblement vers la fenêtre qu'il ouvrit afin de satisfaire au pressant besoin d'air qu'il éprouvait; cette espèce d'accès d'asthme s'étant un peu calmé, il se remit au lit et me fit seulement demander de bon matin. Alors il était encore gêné de la respiration et souffrait d'une douleur violente dans le côté gauche de la poitrine : le pouls était petit, dur et serré; la tête était libre et il y avait tendance à la transpiration. (Saignée de 14 onces, thé de tilleul chaud, diète absolue.) La journée fut calme après une sueur abondante qui suivit de près la saignée. Toute la nuit suivante fut marquée par un sommeil naturel et l'état normal le plus parfait caractérisa la journée. Dans la nuit qui lui succéda et vers la même heure un accès semblable au précédent, mais moins fort, se reproduisit, et une transpiration abondante et générale vint plus promptement en terminer la durée. (Sulfate de quinine 15 gr. pour la journée, ventouses sèches sur le côté gauche de la poitrine réitérées le lendemain pour achever d'enlever la douleur sourde qui y persévérait.) On continua l'usage du même médicament à l'intérieur (pendant 5 à 6 jours) et l'accès ne revint plus.

Cependant les ulcères continuèrent à présenter un mauvais aspect, leur fond était formé par une chair friable d'un rouge brun fournissant une suppuration sanieuse jaunâtre, leurs bords se décollaient, puis subissaient une véritable érosion, et lorsque la cicatrisation, qui marchait toujours de haut en bas, s'établissait sur quelques points, sa destruction envahissait la peau du côté du pied et ces nouveaux progrès étaient toujours annoncés par une petite douleur lancinante.

Toutes ces particularités morbides destructives avaient surtout lieu pour l'ulcère malléolaire externe, tandis que l'interne offrait spécialement un décollement qui s'étendait transversalement au-dessous de la veine saphène interne. (Pansements simples; continuation de la compression avec la bande sur tout le membre; on arrose l'appareil avec deux parties d'eau et une de genièvre; excision de quelques bords, et compression spéciale à l'aide d'une compresse graduée sur le clapier interne.)

Quant à l'état général de M. R..., il est loin d'être normal;

l'appétit est capricieux, les digestions sont imparfaites; le ventre est plein et parfois ballonné; les selles sont peu abondantes; le sommeil variable, souvent court et agité; le pouls reste calme; la langue est muqueuse à sa base, mais jamais sèche; pas de soif. Toutes ces particularités font souvent dire à M. R... qu'il deviendra malade, et cette idée jointe à la durée de ses ulcères produisirent fréquemment une mélancolie que son caractère jovial et la société firent seuls disparaître.

Le 24 février, la prévision de M. R... se réalisa, une fièvre dite muqueuse alors régnante, se manifesta avec une certaine intensité, mais dès le deuxième jour des sueurs excessives survinrent et continuèrent pendant quatre à cinq jours, de sorte que par elles, la crise parfaite était opérée le sixième jour et la convalescence terminée le 10 mars. Inutile, sans doute, de s'étendre davantage sur d'autres particularités de cette fièvre, ainsi que sur son traitement, attendu que l'attention ne doit s'arrêter spécialement que sur les ulcères : eh bien! ceux-ci, dès le quatrième jour de cette maladie, prirent un aspect satisfaisant; la suppuration devint très-bonne et abondante; les bords cessèrent de se décoller, se dégorgèrent, s'amincirent et s'unirent à de bons bourgeons charnus qui poussaient de toute part. Le clapier interne se recolla complétement, et la cicatrisation n'était empêchée que par le développement d'abondants bourgeons charnus. Ce fut alors que je me déterminai à faire usage de la ouate sur les plaies et à laver celles-ci avec une forte dissolution de nitrate d'argent qui fit beaucoup mieux que le nitrate pur; ce nouveau genre de pansement amena promptement un changement très-sensible; les bourgeons charnus diminuèrent ainsi que la suppuration, et la cicatrisation se manifesta sur toute la circonférence des ulcères. Quoique toujours obligé de panser toutes les vingt-quatre heures, je me vis forcé d'étendre une légère couche de cérat de saturne sur la ouate; à cause que l'adhérence trop intime de celle-ci à la plaie gênait la marche de la guérison en emprisonnant le pus qui, à son tour, décollait les bords. A l'aide de cette nouvelle modification et toujours secondé par la compression amidonnée, le régime fortifiant et l'usage du vin, la cicatrisation marcha rapidement, et le 6 avril elle était complète. Cependant avant

d'être telle, il a fallu encore exciser quelques petits bords qui ne se recollaient pas, et le malade avait encore éprouvé, le 16 et le 20 mars, deux accès de fièvre intermittente qui ont été combattus avec succès par le sulfate de quinine, et qui n'ont nullement influencé les plaies.

A l'aide du bandage roulé amidonné placé sur une bande sèche préalablement appliquée, M. R... a pu s'exercer à marcher avant sa guérison complète, et, avec cette précaution, on prévint le gonflement, on limita les mouvements, on protégea les cicatrices et on modéra les actes de circulation ; cependant ceux-ci, malgré tous ces ménagements, devinrent assez violents pour produire dans la peau du dos du pied et du devant de la jambe une éruption phlycténoïde qui se séchait le troisième jour après sa naissance et dont la pousse successive dura vingt à vingt-cinq jours. Un vésicatoire fut appliqué au bras gauche dans l'intention de dériver le mouvement fluxionnaire qui, par habitude, semblait vouloir persévérer dans la peau du membre guéri. Une guêtre à lacer protégea les nombreuses cicatrices pendant deux mois, et avec sécurité ce monsieur se livra à toute la joie que fit renaître en lui la disparition de sa longue et pénible captivité.

Réflexions.—L'histoire d'une guérison d'ulcères aux jambes, paraîtra aux yeux de la généralité des praticiens un fait insignifiant, cependant lorsque l'on en aura lu attentivement les détails, on sera convaincu que celui-ci offre beaucoup d'intérêt, et donne matière à des réflexions physiologico-pathologiques très-importantes pour la pratique :

D'abord on a vu ces ulcères marcher, se multiplier et se compliquer de clapiers et de gonflement lardacé malgré l'emploi de remèdes nombreux et variés. Cette espèce de thérapeutique incertaine, tâtonnante et continuée pendant neuf mois sans succès, prouve déjà que sans l'aide de la physiologie pathologique, le traitement des ulcères par tout moyen quelconque, n'est qu'une pratique routinière et aveugle. Dans ces cas la science exige une appréciation exacte de l'état de vie des tissus malades et c'est d'après elle que l'on doit trouver l'agent thérapeutique qui convient. Dans cette circonstance, toute idée scientifique préconçue ou dictée par un système quelconque, fait souvent manquer la

route de la vérité. Je suis loin de vouloir mettre en doute, par ces considérations, les connaissances des deux estimables confrères qui m'ont précédé, mais je suis obligé d'avouer par la puissance du fait et par leur expérience de neuf mois, que ce n'était pas contre une inflammation qu'ils devaient agir. On a vu au contraire par l'état de la partie malade, soit avant mon arrivée soit après, qu'il ne s'agissait que d'une abirritation préparée et entretenue par un véritable obstacle à la circulation veineuse, et il est probable que, dans semblable occurrence et en continuant les antiphlogistiques, le membre en entier aurait pu être compromis par la propagation de cet état morbide. D'après cela, le moyen le plus puissant, le plus simple et le plus rationnel, était la compression méthodique. Sa puissance, dans ces cas, reconnue par Paré, bien appréciée par Richerand et perfectionnée par notre compatriote Seutin, devait briller dans tout son éclat. Aussi avons-nous vu son action bienfaisante se manifester promptement en servant aux veinules de tunique d'expulsion et en rendant ainsi aux actes d'absorption et de circulation un rhythme plus normal. C'est ainsi que je me suis expliqué son action avant d'en faire usage et c'est encore de la même manière que l'on doit interpréter dans les cas de cette nature, la propriété tonique du bandage compressif.

Mais ce puissant moyen, comme tout autre, manque son but dès qu'il doit lutter à la fois contre le mal local et un état morbide viscéral. Aussi a-t-on pu remarquer, soit pendant l'espèce d'incubation de la fièvre muqueuse ou pendant sa manifestation réelle, que, malgré la compression, la chair ulcérée a repris un aspect détestable et a recommencé la destruction sur plusieurs points. Ce fut dans ce moment d'incubation que nous nous laissâmes aller à l'emploi de quelques onguents vantés, mais qui, au grand étonnement du malade restèrent sans effets ou furent nuisibles et durent être abandonnés. Aussitôt que la maladie viscérale fut passée et l'économie en quelque sorte dépurée, les ulcères reprirent une vie cicatrisante et la guérison marcha sans interruption.

Tout en signalant la grande part qu'a eue la compression dans la guérison de ces ulcères, je ne dois pas négliger de mention-

ner la puissante participation du régime fortifiant et de l'usage du vin. Ils étaient à la fois indiqués et par l'habitude qu'en avait le malade et par la nature du mal; par l'emploi combiné de ces moyens je rendais au système sanguin artériel et capillaire l'énergie qui lui était nécessaire pour pouvoir présider avec fruit aux actes de cicatrisation.

Tels sont les motifs qui m'ont déterminé à publier l'histoire de ce fait où la puissance de la compression s'est montrée d'une manière incontestable. Je n'ai pas eu la prétention de faire mieux qu'un autre et si les confrères qui m'ont précédé chez ce malade ont perdu dans ce moment, la compression de vue, ce ne peut être que l'effet d'un oubli incapable d'atteindre leur réputation médicale

---

DESCRIPTION

D'UN

FOETUS HUMAIN MONSTRUEUX,

OFFERT A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS;

Par M. PIRONET,

Médecin à Niel, membre correspondant (1).

M. Pironet est appelé le 29 septembre 1840, à 3 heures, chez la femme de J. C., demeurant à Niel; enceinte pour la septième fois; cette femme, d'un tempérament nerveux et sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, accoucha précédemment, le 27 octobre 1839, d'un jumeau. Elle souffre beaucoup d'un gonflement énorme du ventre et des extrémités inférieures. A son arrivée, M. Pironet rompt de suite la poche des eaux et il s'écoule aussitôt une grande quantité de liquide amniotique, la femme se sent immédiatement soulagée. Les

(1) MM. C. Broeckx et Koyen, *commissaires*, M. F. J. Matthysens, *rapporteur*.

contractions utérines cessent pour recommencer après une demi-heure : le vagin est lubréfié de mucus, le col utérin fortement dilaté, le bras droit de l'enfant et le cordon ombilical se présentent à l'entrée de la vulve, la tête est dirigée en avant et à droite et les pieds se trouvent au-dessus de la fosse iliaque gauche. Voyant que l'accouchement naturel était impossible, M. Pironet fait la version, non sans grande difficulté ; l'enfant est mort et ne peut être rappelé à la vie malgré les soins les plus assidus ; on fait de vaines tentatives pour extraire le placenta ; le lendemain matin, voyant que la femme éprouvait de fortes douleurs abdominales, M. Pironet introduit la main dans la matrice pour aller chercher le placenta, il remarque alors qu'il existe encore dans l'utérus une poche d'eau qu'il rompt et dont il s'écoule une assez grande quantité de liquide ; peu après il survient une forte douleur qui expulse un monstre qui appartient à la famille des PARACÉPHALIENS, genre HÉMIACÉPHALE (Isidore Geoffroy Saint-Hilaire) et dont nous allons vous donner la description pour en faciliter l'intelligence, nous y joindrons le dessin.

Le fœtus a une longueur de 25 3/4 centimètres. Absence de la tête et du cou ; l'extrémité supérieure du tronc est irrégulièrement arrondie, sa partie supérieure est recouverte de quelques poils fins et légers ; à sa partie antérieure on remarque deux végétations charnues, l'une arrondie, l'autre allongée, paraissant être les vestiges des yeux, le nez n'est formé que d'une portion tégumentaire aplatie ; la lèvre supérieure ainsi que l'arcade dentaire supérieure offrent une scissure médiane d'un centimètre de largeur et à la partie supérieure de laquelle et un peu à gauche on remarque un mamelon tégumentaire et charnu ; la lèvre inférieure offre également une scissure médiane se prolongeant à un centimètre de profondeur dans la cavité buccale qui a une forme quadrangulaire ; la mâchoire inférieure ainsi que la langue manquent. A la partie supérieure latérale gauche du tronc il existe deux petites ouvertures dans lesquelles on ne peut introduire un stylet de Mejean qu'à la profondeur d'un demi-millimètre.

Le bras droit manque ; le bras gauche ne semble être formé à l'extérieur que d'un avant-bras et d'une main très-difformes, comme tordus, il n'existe que trois doigts et un pouce offrant des vestiges d'ongles.

A l'extérieur il n'existe aucune apparence de cavité thoracique et un peu au-dessous des vestiges de la face, se trouve l'abdomen dont les parois antérieures sont formées par une poche membraneuse mince, transparente offrant une longueur de 10 centimètres, une largeur de 8 centimètres et une saillie en avant d'environ 5 centimètres.

On aperçoit dans cette membrane deux canaux vasculaires qui se dirigent de dehors en dedans, de la partie inférieure de l'abdomen vers la partie médiane, supérieure et externe de la poche, où ils of-

frent une extrémité déchirée, dans laquelle on peut introduire un stylet. En dedoublant cette poche qui est ouverte par une large déchirure, on voit à son intérieur une membrane mince transparente, offrant deux déchirures arrondies d'un diamètre de 2 centimètres, qui la divise en deux parties, dont l'une correspond à la cavité abdominale et dont l'autre correspond à l'extérieur.

Les organes sexuels sont formés d'un scrotum offrant un raphé médian, mais ne contenant aucun organe glanduleux et d'une petite verge d'une longueur de 7 millimètres, présentant à son extrémité libre une ouverture prépuciale au milieu de laquelle on aperçoit l'ouverture du méat urinaire. L'anus n'est pas imperforé.

Les cuisses, surtout la gauche, offrent une épaisseur plus forte qu'à l'ordinaire; les jambes sont contournées en dedans ainsi que les pieds de manière que leurs faces plantaires se regardent mutuellement. Au pied droit existent trois orteils, mais celui du côté externe paraît formé de la réunion de deux autres; au pied gauche il n'existe que le gros orteil incurvé en dehors. Ces orteils offrent des vestiges d'ongles.

Examen intérieur. — En incisant crucialement l'extrémité supérieure du tronc, nous n'y trouvons qu'un tissu lamineux infiltré d'une sérosité rougeâtre; les fosses nasales manquent, ainsi que les os de la face, ou du moins nous ne trouvons que quelques tubercules osseo-cartilagineux de la grosseur d'une tête d'épingle.

En incisant la poitrine, nous voyons qu'il n'existe pas de cavité thoracique, elle ne consiste qu'en une masse celluleuse rougeâtre ayant quelque apparence de parenchyme; par la section on y découvre quelques petites ouvertures de vaisseaux, parmi lesquels un seul communiquait avec la bouche; comme on s'en est assuré par l'introduction d'un stylet. Il y a absence de cœur, de thymus, de larynx et de sternum; nous constatons quelques rudiments des côtes.

La cavité abdominale ouverte, nous avons été frappé de son peu de profondeur, point de diaphragme, absence du foie et de la rate; le pancréas existe, et sur lui repose l'estomac, qui, ouvert, nous a présenté une ouverture œsophagienne et une ouverture pylorique.

Cet organe se continue avec l'intestin grêle, qui forme une petite masse agglomérée à la partie latérale gauche de l'abdomen, ensuite il se dirige de haut en bas, de gauche à droite et communique sans ligne de démarcation tranchée avec le gros intestin qui plonge directement dans l'excavation du bassin.

A la partie droite de la cavité abdominale on remarque une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, recouverte du péritoine. A l'extrémité inférieure de cette tumeur, cette membrane se fronce, entoure un organe glanduleux de la grosseur d'une fève de pigeon et se confond ensuite avec la paroi membraneuse de l'abdomen. Cet organe

glanduleux incisé en deux, est manifestement un testicule. Il en existe aussi un à gauche.

La tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon dénudée du péritoine, nous avons trouvé que c'était le rein, nous avons pu facilement y constater la substance tubuleuse, les calices et le bassinet; ce rein est surmonté d'une capsule surrénale. Nous avons trouvé également un rein à gauche, mais il n'offrait que la grosseur d'une amande. La vessie existe et communique avec le canal de l'urètre.

La colonne vertébrale ouverte nous y avons rencontré la moelle ayant une grande ressemblance avec du pus crémeux.

Le canal vertébral se continuait en haut avec un tubercule osseux arrondi, de 12 millimètres de longueur sur 8 de diamètre. En détachant ce tubercule, on reconnaît qu'il offre une concavité intérieure, et qu'il est formé des rudiments des os frontaux et pariétaux. Il contient à son intérieur une fort petite quantité de substance nerveuse diffluente et communique avec le canal vertébral.

Par la dissection, on reconnaît que le bras gauche a deux os à son avant-bras, et que l'humérus existe, mais dans l'épaisseur des parties du tronc; il y a absence d'omoplate.

Ce cas de monstruosité nous a paru très-remarquable à cause de sa rareté; aussi avons-nous cru devoir en donner une description un peu minutieuse, afin que l'on ne doute pas de son exactitude. Nous vous proposons de la faire insérer dans les Annales de la Société et d'adresser des remercîments à M. Pironet.

Anvers, le 15 septembre 1840.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

PLEUROPATHIE DIAPHRAGMATIQUE ;

MAUVAIS EFFET DE LA SAIGNÉE LOCALE ; VOMITIFS COUP SUR COUP ; GUÉRISON ;

Par M. JOURDAIN,
D. M., à Binche, membre correspondant.

T. F....., née de parents sains, 28 ans, tempérament sanguin nerveux, habite une petite maison, entourée d'eaux marécageuses. Accouchée le 2 septembre 1839, elle se plaint, depuis cette époque, de faiblesse, d'inappétence et de douleurs pleurodyniques vagues. Pendant la gestation, elle avait été saignée trois fois, par une sage-femme, pour combattre les incommodités de la grossesse! Son enfant ne vécut que quelques jours. Le 4 octobre 1839, elle fut prise, sans cause appréciable, d'une douleur vive au-dessous du sein droit. Le même jour dans la soirée, elle présentait l'état suivant: douleur aiguë à droite, augmentant par la pression, la toux, le mouvement, l'inspiration; toux rare, expectoration muqueuse, pouls petit et fréquent; peau chaude et sèche, face rouge et animée; coucher en supination; bouche pâteuse, langue recouverte d'un enduit grisâtre, anorexie, soif vive, constipation. La percussion donne un son clair, mais le bruit respiratoire est plus faible à droite qu'à gauche. (Le médecin consulté prescrivit 15 sangsues sur le point douloureux, qu'on recouvrit ensuite d'un cataplasme émollient.) Le sang avait le même aspect que dans les affections typhoïdes. Le lendemain, je vis la malade.

2e jour. Persistance de la douleur et de l'état fébrile. Teinte jaune du pourtour des lèvres et des ailes du nez; céphalalgie, vertiges, indifférence, obscurcissement de la vue, tintements d'oreilles, prostration, insomnie. (Sirop de polygala, eau de fontaine; plusieurs vases remplis de chlorure de chaux sont placés dans la chambre de la malade.)

3e jour. Amendement des symptômes cérébraux, état stationnaire des autres symptômes. (Même médication.)

4e jour. Douleur pleurétique moins vive, diminution de la fréquence du pouls et de la chaleur de la peau. (Sirop de marrube.) Vers le soir, courbature.

5e jour. Redoublement violent. La douleur s'irradie dans l'épigastre, et jusque dans la région ombilicale; la dyspnée est considérable. La malade est fatiguée par le hoquet et par des efforts infructueux de vomissement; plusieurs lipothymies ont lieu; l'agitation est extrême. Deux larges vésicatoires sont appliqués aux jambes, et la potion émétique suivante est administrée à 9 heures du matin, par cuiller à bouche de quart d'heure en quart d'heure :

Pr. Tartre stibié, gr. ij;
Infus. de feuilles d'oranger, ℥ij;
Sp. de sucre, ℥j.

Vomissements de matières porracées : amélioration légère. Le même jour, vers sept heures du soir, deux vésicatoires aux bras, potion émétique.

Presc. Teinture de narcisse,
Sp. de roses pâles,
Eau de tilleul, } ââ ℥j.

Quatre vomissements bilieux.

6e jour. Amélioration remarquable. Douleur circonscrite sous le sein droit; respiration presqu'entièrement libre; fièvre nulle.

Presc. (huit heures du matin) :
Émétine, gr. 1;
Sp. de sucre, ℥j;
Eau de laur.-cerise, ʒj;
Eau commune, ℥ij.

Trois vomissements. La douleur a complétement disparu; la respiration est facile (bouillon de veau).

7e jour. Une douleur vive se fait sentir sous le sein gauche et cède à l'application (loco dolenti) d'un vésicatoire de quatre pouces.

8e jour. Convalescence. Les aliments farineux que la malade prit d'abord furent digérés péniblement, et lui causèrent une gastralgie qui céda promptement à l'usage des viandes rôties et du vin de Bordeaux.

Les anatomo-pathologistes, qui ont tant multiplié les entités morbides, ont cependant confondu, sous la dénomination de *pleurésie*, des affections essentiellement différentes, telles que la *pleuropathie sèche*, la *pleuropathie membraneuse*, la *pleuropathie séreuse*, etc. Chacune de ces formes de la pleuropathie résulte d'une modification particulière du sang. On peut, cependant, dans tous ces cas, employer, avec succès, les stimulants de l'absorption et des sécrétions. Cette médication est toujours rationnelle, parce qu'elle ne tend qu'à solliciter la nature médicatrice, ou, si l'on veut, les organes médicateurs. Il n'en est pas de même des modificateurs directs du sang; cette méthode de traitement exigerait, pour chaque maladie, un spécifique.

Rapport sur l'observation qui précède (1).

Messieurs,

Nous avons été chargés par la Société de faire un rapport sur une observation du docteur Jourdain, de Binche, portant ce titre-ci : *Pleuropathie diaphragmatique ; mauvais effet de la saignée locale ; vomitifs coup sur coup ; guérison.*

Et d'abord en lisant l'observation de M. Jourdain, nous avons été quelque peu surpris de voir attribuer exclusivement aux émétiques une guérison qui a été obtenue par une médication très-compliquée et dans laquelle, il faut bien le dire, les dérivatifs cutanés ont joué le plus grand rôle, attendu que dans l'espace de sept jours, cinq vésicatoires furent appliqués : deux sur les cuisses, deux sur les bras et un sur la poitrine. Si nous avions eu à juger l'œuvre d'un praticien novice dans la science, nous nous serions contentés d'y signaler quelques négligences dans le diagnostic et quelques singularités dans le traitement, mais M. Jourdain est un littérateur qui a enrichi les écrits périodiques belges de mémoires très-intéressants et qui prouvent qu'il

(1) MM. De Mersseman, *rapporteur*, De Brauwer et Buylaere, *commissaires*.

peut faire mieux qu'il n'a fait dans le mémoire qu'il nous a communiqué, nous avons donc le droit d'être exigeants à son égard, d'autant plus qu'il émet des idées nouvelles que nous serions loin de repousser si elles étaient basées sur des observations nombreuses et satisfaisantes, mais qui par cela seul qu'elles sont des innovations doivent, dans l'intérêt de la science, être soumises à une critique raisonnée et impartiale.

Cette pensée nous a déterminé à faire un examen approfondi de l'observation qui a été soumise à notre jugement.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, d'un tempérament sanguin-nerveux, habitant une petite maison entourée de marais. Accouchée le 2 septembre 1839, d'un enfant qui ne vécut que quelques jours, elle se plaignit depuis lors de faiblesse, d'inappétence, de douleurs pleurodyniques vagues. Le 4 octobre elle fut saisie d'une douleur vive au-dessous du sein droit, augmentant par la pression, la toux, l'inspiration et le mouvement; la toux était rare, l'expectoration muqueuse, le pouls petit et fréquent, la peau chaude et sèche, la face rouge et animée; elle était couchée en suppination, elle avait la bouche pâteuse, la langue recouverte d'un enduit grisâtre; elle n'avait pas d'appétit, une soif extrême la tourmentait, les selles étaient nulles. La percussion de la poitrine donnait un son clair, mais le bruit respiratoire était plus faible à droite qu'à gauche.

En donnant à chacun des symptômes locaux son extrême valeur, tout médecin, au point de vue actuel de la science, aurait diagnostiqué que la malade était atteinte d'une pleurite partielle limitée à la partie droite et inférieure de la plèvre; d'ailleurs tous les symptômes généraux attestaient la nature inflammatoire de l'affection et pour peu que l'on eût tiré parti des antécédents on aurait formulé de la façon suivante la maladie : inflammation chronique de la partie inférieure droite de la plèvre, restée pendant quelque temps à l'état latent par suite du travail de la gestation et de l'hémorrhagie qui suit toujours un accouchement et revenue à l'état aigu par suite de la suppression du lait occasionnée par la mort de l'enfant.

Il est donc assez naturel de croire que tout médecin aurait commencé le traitement par l'application de quelques sangsues sur le point douloureux, puisque l'état d'affaiblissement de la malade devait faire rejeter la saignée générale. C'est par une saignée locale que le praticien qui fut appelé d'abord débuta; mais M. Jourdain le désapprouva, et au lieu de voir dans l'affection de sa cliente la maladie que tout le monde y aurait vue, du moins dans l'état actuel de la science, M. Jourdain diagnostiqua une pleuropathie diaphragmatique.

Ici les hommes de science avant d'admettre les idées du praticien de Binche, sont en droit de lui demander ce qu'il entend par le mot

pleuropathie : est-ce une inflammation qui a revêtu un caractère spécial? est-ce une névrose? ou est-ce une entité pathologique non encore qualifiée? Si cette dernière opinion prévaut, en quoi consiste l'affection ? sont-ce les vaisseaux capillaires qui pâlissent? est-ce un trouble dans la fonction des vaisseaux absorbants ou bien une aberration dans les vaisseaux exhalants ? Pourquoi la pleuropathie est-elle tantôt séreuse, tantôt membraneuse, tantôt sèche? comment M. Jourdain s'y prend-il pour connaître chacune d'elles? le traitement est-il le même pour chacune de ces espèces? s'il y a une pleuropathie diaphragmatique, y a-t-il aussi une pleuropathie costale et médiastinale? quels sont les moyens de les différencier ?

Enfin et surtout, puisque M. Jourdain trouve une si grande différence entre la pleuropathie et la pleurite, pourquoi n'en donne-t-il pas le diagnostic différentiel ? pourquoi ne donne-t-il pas des détails sur les découvertes qu'il a faites sur les cadavres? car il n'est pas possible qu'il veuille mettre au jour un système nouveau surtout une classe de maladies sans s'aider de l'anatomie pathologique. Pourquoi enfin ne donne-t-il pas aux hommes de l'art le moyen de reconnaître dans quelles circonstances ils ont une pleuropathie à traiter et dans quel cas une simple pleurite? et remarquez bien que la distinction serait des plus importantes puisque dans l'une occurrence il faudrait employer les vomitifs coup sur coup, et dans l'autre la simple méthode antiphlogistique.

Au surplus nous persistons à croire que l'affection qui fait le sujet du mémoire de M. Jourdain était une pleurite qui était circonscrite à la partie droite et inférieure de la plèvre et qui a été guérie par les dérivatifs cutanés aidés par les antimoniaux. Nous ne renoncerons à notre idée que lorsque M. Jourdain aura satisfait aux questions vitales que nous venons de lui proposer et sur lesquelles repose la validité de sa découverte qui, si elle se confirmait, serait immense.

OBSERVATIONS

SUR L'EFFICACITÉ DE LA SUIE DE BOIS, UNIE AU SULFATE DE ZINC DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU;

Par CH. VAN STEENKISTE,
Chirurgien-accoucheur du bureau de bienfaisance; chirurgien de l'hospice des aliénés (St-Dominique), bibliothécaire de la Société médico-chirurgicale de Bruges, etc.

La teigne ainsi que toutes les affections cutanées sont des maladies qui inspirent la plus grande répugnance à l'égard des

individus qui en sont atteints : aussi, de tout temps, ont-elles été l'objet de longues et pénibles études de la part des praticiens qui se sont voués à la guérison de ces infortunés que la société repousse à cause d'une affection qui les rend parfois hideux, surtout ceux affectés de teigne. Tout le monde connaît les différents traitements qui ont été préconisés contre cette maladie, et combien peu d'entre eux ont réussi : mon but ici n'est pas d'exposer ces différents modes de traitements, mais seulement d'appeler l'attention des praticiens sur l'emploi de *la suie de bois* unie au *sulfate de zinc* qui m'a procuré des cures radicales qu'on avait vainement tenté d'obtenir par d'autres remèdes.

La première de ces deux substances, dont MM. les docteurs Blaud de Beaucaire, Marinus de Bruxelles, et tout récemment encore M. De Nobele de Gand, se sont déjà longuement occupés, n'était pas inconnue des anciens, puisque, dans le courant du XVIe siècle, Fuschs ou Fuschius (Remacle de Limbourg) l'associait à d'autres substances pour combattre les affections cancéreuses. La vertu de ce médicament est également connue du vulgaire, et il n'est pas hors de propos de citer ici ce qui m'est arrivé il y a quelques mois. Étant appelé chez un indigent qui s'était fait une blessure à la jambe, je vis une vieille femme qui pansait la tête d'un jeune teigneux avec des linges fortement enfumés qu'elle venait de prendre de la cheminée, et qu'elle humectait avec de l'huile de colza; ayant interrogé cette femme sur ce qu'elle prétendait obtenir de l'application des linges ainsi préparés, elle me répondit que le blessé, pour qui j'étais venu, avait aussi eu la teigne dans son enfance, et qu'elle n'avait fait aucun autre traitement pour le guérir; elle me dit encore que ce traitement lui avait été transmis par ses parents, que depuis des siècles on l'avait soigneusement conservé dans la famille, et que son grand-père, au dire de ces mêmes personnes, s'était procuré une assez grande somme d'argent en guérissant de cette manière des teigneux, mais, au lieu d'huile de colza, il enduisait les linges d'une substance odoriférante pour qu'on ne découvrît pas son secret qu'il n'a fait connaître à qui que ce soit.

Les préparations de suie, qui sont les plus en vogue et dont on se sert ordinairement, sont la pommade et la décoction prescri-

tes par M. le docteur Blaud; cependant ces préparations ne m'ont pas toujours donné un bon résultat; car j'ai souvent vu récidiver des teignes qui avaient été traitées d'après le procédé du médecin de Beaucaire. Depuis ce temps, j'ai eu recours à la pommade de Bories (1), qui est employée en Prusse et dont on se sert comme de la première, après avoir fait tomber les croûtes par des cataplasmes émollients et coupé préalablement les cheveux, ou rasé la tête.

Pour convaincre mes collègues de la supériorité de cette dernière préparation, je rapporterai quelques cas pratiques tirés de plus de cinquante que j'ai eu occasion d'observer depuis trois ans que je fais le service chirurgical d'une section du bureau de bienfaisance de cette ville.

Obs. I. — Au mois d'octobre 1837, je fus demandé chez le sieur S...., cultivateur à St.-Pierre sur la Digue, pour donner mes soins à cinq enfants affectés de teigne granulée. Ces enfants, comme leurs père et mère, étaient tous sanguins et portaient des cheveux bruns : l'aîné, âgé de 11 ans, avait depuis sa deuxième année une teigne périodique, qui apparaissait ordinairement en automne; les quatre autres enfants étaient tous, depuis un temps plus ou moins long, affectés de la même maladie; mais chez eux elle était constante. Les parents avaient en vain, et depuis nombre d'années, essayé plusieurs traitements, aucun n'avait réussi.

Je fis couper les cheveux et je prescrivis l'application de cataplasmes de farine de graines de lin pour faire tomber les croûtes, ce qui eut lieu en trois ou quatre jours. Alors je fis faire des lotions et des frictions avec la décoction et la pommade de suie de bois (de M. Blaud) et je fis journellement laver la tête avec de l'eau de savon, ce traitement fut continué pendant six semaines, époque à laquelle ces enfants étaient guéris; mais leur maladie ne tarda pas à reparaître au bout de quelque temps. Je fus de nouveau consulté et j'eus recours au même traitement qui me donna le même résultat que la première fois, c'est-à-dire qu'il y

(1) Pr. suie en poudre très-fine	1	once	4 gros.
Sulfate de zinc	»		6 »
Axonge	4	»	»

Mêlez.

eut encore une réapparition de la maladie après quelque temps de bien-être. Je fis alors usage de la pommade de Bories; les enfants guérirent cette fois radicalement sous l'influence de ce nouveau remède.

J'ai eu, depuis, souvent occasion de voir ces enfants et jusqu'à ce jour leur mal n'a plus reparu.

Obs. II.—M. M...., brigadier des douanes, me fit appeler, au mois de janvier 1838, pour ses deux enfants affectés de teigne muqueuse; ces enfants dont l'un était un garçon de 4 ans, et l'autre une fille de 19 mois, avaient tous deux une constitution lymphatique et des cheveux blonds. Leur affection datait de six mois. Plusieurs traitements avaient été employés sans améliorer l'état des jeunes malades.

La première indication que je remplis après avoir examiné les malades, fut de leur faire raser la tête et d'appliquer, pour quelques jours, des cataplasmes émollients, afin de calmer l'irritation de la peau. Le quatrième jour du traitement je fis commencer les frictions et les lotions avec la pommade et la décoction de M. le docteur Blaud, traitement qu'on continua jusqu'à la guérison qui eut lieu chez l'aîné en vingt jours; chez sa sœur elle se fit encore attendre trois semaines. La petite fille n'eut aucune récidive, mais le garçon en a été affecté de nouveau après un intervalle de huit mois. Demandé de nouveau, j'eus recours à la pommade de Bories, qui après 14 jours de son emploi procura la guérison. J'ai vu depuis, plusieurs fois, ces enfants; leurs cheveux ont poussé et ils n'offrent plus aucune vestige de la maladie.

Obs. III.—Dans le courant de la même année, M. N.... me consulta pour sa fille de 15 mois, d'une constitution lymphatique (celle de toute la famille). Cette enfant, à cheveux blonds et rares, portait, depuis l'âge d'un an, une teigne muqueuse qui occupait tout le cuir chevelu, rien n'avait encore été fait contre cette maladie, si ce n'est de fréquentes lotions avec l'eau de savon. Les parents avaient jusqu'à ce moment, négligé tout; mais depuis huit jours la maladie avait envahi la moitié de la face et répandait une odeur, *sui generis,* insupportable, ce qui les décida à me faire appeler. Je prescrivis la décoction de M. Blaud, à la-

quelle je fis ajouter un gros par livre de sulfate de zinc, et je fis faire trois ou quatre lotions par jour à la tête et à la face : au bout de trois jours de ce traitement la teigne commençait à se sécher et à la fin de la deuxième semaine, l'enfant était entièrement débarrassé de son mal. Depuis ce temps elle a joui d'une santé parfaite.

Obs. IV.—Julien De Bakker, dévideur, âgé de 10 ans, chétif et d'une couleur pâle, vint me voir, vers la mi-novembre 1839, pour être guéri d'une teigne faveuse qui occupait tout le sommet de la tête et une grande partie du front, dont il était affecté depuis huit ans. Aucun traitement n'avait été employé pendant tout ce temps, parce qu'une personne avait assuré les parents crédules que le mal devait durer sept années consécutives et qu'alors leur enfant en aurait été débarrassé comme par enchantement.

J'ordonnai à ce malheureux des applications de cataplasmes émollients et de fréquents lavages avec une forte dissolution de savon noir, pour ramollir et enlever le favus qui avait au moins un demi centimètre d'épaisseur. Après 14 jours de ce traitement j'avais atteint mon but. Je pus alors prescrire la pommade de fuligo et de sulfate de zinc, qui procura en trois semaines une guérison, qui s'est bien maintenue par la suite.

Les parents, ayant vu le bon résultat chez leur fils aîné, m'emmenèrent encore leur fille, âgée de trois ans, affectée, depuis sa naissance, de la même maladie, ainsi qu'un autre garçon de deux ans également en proie à ce mal depuis six mois.

Ces deux enfants furent soumis au même traitement, qui fut couronné, dans l'espace de vingt jours, du même succès.

Obs. V. — La femme Delbol, âgée de 64 ans, dentellière, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu de maladie cutanée, vint me consulter en décembre 1839, pour une teigne faveuse dont elle était affectée depuis sept mois, et pour laquelle elle n'avait encore fait aucun traitement. Interrogée sur la cause de son mal elle me dit que vers cette époque, ne trouvant pas son peigne elle s'était servi de celui qu'on employait constamment pour deux jeunes teigneux qui habitaient la même maison, et qu'en se servant de cet instrument elle avait senti que les dents

lui étaient entrées dans la peau. Quelques jours après cet accident, un petit bouton s'était formé en cet endroit; depuis ce temps le favus avait constamment fait des progrès, au point que la moitié de la tête en était couverte.

Je prescrivis à cette femme le même traitement que pour les enfants de ma IVe observation, le mal diminuait de jour en jour, mais, à mesure que la guérison de la tête s'opérait, une toux sèche et une difficulté de la respiration se manifestèrent, ce qui me fit juger que la teigne ne s'améliorait qu'aux depens de la poitrine.

Pour obvier à cette complication, j'appliquai un vésicatoire au bras, qui soulagea beaucoup la malade du moment que la suppuration fut bien établie. Plus tard, j'ai substitué à cet exutoire un cautère pour diminuer la trop grande suppuration; cette femme est encore venue me voir depuis pour une blessure qu'elle s'était faite à la main, et elle m'a déclaré ne plus rien sentir du côté de la tête ou de la poitrine.

Maintenant que j'ai suffisamment démontré la puissance médicatrice de la suie unie au sulfate de zinc pour combattre les différentes espèces de teigne, je me propose de citer encore quelques cas d'autres maladies où j'ai également eu à me louer de son action; me conformant en ceci à l'axiome de Vacca Berlinghieri, « Per i progressi dell' arte, e per bene dell' umanita, e devore d'un medico, rendere di publico dritto i casi remarchevoli che incontra nella pratica, » c'est-à-dire que pour les progrès de l'art et le bien de l'humanité, le devoir d'un médecin est de donner de la publicité à ce qu'il rencontre de remarquable dans sa pratique.

Obs. VI.—Mademoiselle V....., tailleuse, d'une bonne constitution, vint me consulter, le 9 décembre 1858, pour une dartre miliaire au périnée et à la vulve (herpes du pudendum), qu'elle portait déjà trois mois : la pudeur qui jusqu'alors lui avait fait cacher son affection, fut enfin vaincue par la forte démangeaison à laquelle elle était en proie; ce fut alors qu'elle se décida à me faire voir son mal. J'ordonnai de fréquentes lotions avec une décoction de racines de guimauve, ce qui fit diminuer la démangeaison, mais n'améliora pas la dartre; après

huit jours de ce traitement, elle vint me voir de nouveau; aucun changement ne s'étant opéré, je lui fis prendre un bain de siége contenant trois onces de sulfure de potasse, ainsi que quatre pilules par jour, dont chacune contenait un grain de cette substance. Quatre jours après l'usage des pilules, elle vint me supplier de changer de médication, parce qu'elle était continuellement tourmentée par des rapports, chaque fois qu'elle prenait du remède, ce qu'elle ne pouvait plus supporter, à cause de leur odeur fétide. Cédant à ses instances, je prescrivis une dissolution de sulfate de zinc pour en laver fréquemment les parties génitales; l'usage en fut continué pendant quatorze jours, mais sans succès. Voulant alors mettre en pratique la méthode de M. Blaud, je fis substituer aux lotions de sulfate de zinc celles d'une décoction de suie; après huit jours de leur emploi, elles ne soulagèrent pas plus la malade que les remèdes précédents.

Me rappelant alors les succès que j'avais obtenus par l'addition de ces deux dernières substances chez les malades qui font l'objet de mes trois premières observations, je voulus également ici associer ces substances; à cet effet, je fis adjoindre un gros de sulfate de zinc à deux livres de décoction de suie; après quatre jours de cette nouvelle médication, la malade vint me dire que la dartre avait diminué d'un tiers, ce qui m'engagea à faire continuer ces lotions : au bout de deux semaines, cette jeune personne obtint une entière guérison.

L'on m'objectera peut-être ici, comme pour les cas suivants, que j'aurais pu tirer dans cette maladie un grand avantage de l'administration des préparations arsenicales, et surtout des pilules asiatiques, qui depuis un certain temps ont été vantées contre les dartres rebelles, et dont l'efficacité est incontestable. Je répondrai d'avance à cette objection en avouant que ce remède jouit d'une grande propriété curative, que j'ai maintefois eu occasion d'observer; mais comme je n'appartiens à aucun système exclusif, j'ai aussi voulu expérimenter le traitement dont il s'agit ici, me réservant en tout cas celui de l'arsenic lorsque celui que j'ai suivi ne m'aurait pas donné un résultat satisfaisant.

Obs. VII. — Le sieur B....., âgé de 27 ans, écrivain, d'une

constitution lymphatique, se présente chez moi, vers la fin du mois de mars 1839, pour être traité d'une dartre squammeuse humide occupant l'épaule gauche, le creux de l'aisselle et le haut du thorax du même côté; son affection, qui datait de neuf mois, avait été soumise à plusieurs traitements, mais tous avaient échoué. Je conseillai à mon malade de faire deux frictions par jour avec la pommade de Bories. En dix-sept jours, sa dartre était guérie et n'a plus reparu depuis.

Obs. VIII. — Rosalie Morbez, âgée de 31 ans, dentellière, d'une forte constitution, n'ayant jamais été malade, me fit voir, en janvier dernier, une dartre furfuracée qui siégeait, depuis un an, derrière l'oreille droite; jusqu'alors elle n'avait consulté personne, mais le prurit et la tension de la peau la forcèrent d'avoir recours à moi; je prescrivis à cette femme une livre de décoction de suie à laquelle je fis ajouter un demi-gros de sulfate de zinc, pour en faire trois lotions par jour. Après deux semaines d'usage de ces lotions, la dartre avait disparu et la couleur de la peau était à peu près redevenue naturelle.

Obs. IX. — Le 11 novembre 1839, je fus demandé pour aller voir la fille Ver....., âgée de 10 ans, d'une constitution faible; elle était affectée, depuis huit jours, d'une gale simple, pour laquelle ses parents n'avaient fait aucun traitement; elle était en outre constipée depuis quatre jours. Je prescrivis des bains savonneux tièdes, et un léger purgatif qui lui procura deux évacuations : trois jours après l'usage de ces bains, il se déclara sur tout le corps des boutons purulents, accompagnés de malaise et d'une assez forte fièvre, qui céda en quelques jours à des boissons émollientes et à une diète sévère. Lorsque ces symptômes consécutifs furent combattus, je fis faire, pendant huit jours, des frictions avec la pommade soufrée (1/5 de soufre par once d'axonge), à laquelle je substituai des lotions avec le sulfure de potasse, ℥ij; eau, ℔j; acide sulfurique, ʒj, pour être remplacées à leur tour par les frictions d'onguent citrin, dont l'usage dut être abandonné à cause d'une salivation.

Voyant que tous mes efforts échouaient, je résolus, en désespoir de cause, de faire faire trois lotions par jour avec la décoction de suie, tenant en dissolution le sulfate de zinc; et, contre

mon attente, la jeune fille fut débarrassée de son éruption après six jours de ce traitement.

Bruges, le 4 août 1840.

—

Rapport sur les observations qui précèdent (1).

Les dartres ainsi que la teigne peuvent certainement être comptées au nombre des maladies qui se présentent le plus fréquemment à notre observation, et sont bien souvent des plus difficiles à guérir.

Pour se convaincre de cette difficulté, il suffit de jeter les yeux sur le grand nombre de moyens qui ont été préconisés contre ces affections. La liste seule en est effrayante (2), on peut en dire autant de toutes les maladies qui résistent avec la même opiniâtreté aux traitements les mieux combinés. Car comme le fait observer M. Van Steenkiste, d'après Vacca Berlinghieri, il est du devoir d'un médecin de donner de la publicité à ce qu'il rencontre de remarquable dans sa pratique, tant pour les progrès de l'art que pour le bien de l'humanité ; il arrive cependant que lorsqu'un praticien traite avec succès, par un nouveau médicament, une maladie pour laquelle il n'existe point de spécifique, celui-ci s'empresse d'en publier les bons résultats tant pour la prétention de priorité de l'invention que dans l'intérêt de la science ; un second ne tarde pas à appliquer ce nouveau moyen de traitement à la première occasion qui se présente; mais l'expérience ne vient pas confirmer les bons résultats qu'il s'en était promis, et celui-ci, à son tour, ne tarde pas à vanter de nouveaux moyens dont le succès n'est bien souvent pas plus brillant que celui de ses devanciers, et ainsi le nombre des médicaments employés contre des maladies difficiles à guérir augmente de jour en jour et souvent tous ces moyens comptent autant de revers que de succès.

C'est ainsi que nous trouvons dans les observations de M. Van Steenkiste, que MM. Blaud, de Beaucaire, ensuite Marinus, de Bruxelles, et De Nobele de Gand, ont préconisé la suie de bois comme topique contre certaines dartres et la teigne. Cependant ces préparations n'ont pas toujours été efficaces dans les cas où elles ont été employées contre ces maladies par M. Van Steenkiste.

Dans l'espoir d'une meilleure réussite, l'auteur du mémoire que nous analysons a recours à la pommade de Bories. Il fait remarquer que

(1) *Commissaires :* MM. Claeysens et Pieters, Verriest, *rapporteur.*
(2) Roche et Sanson. *Élements de pathologie médico-chirurgicale.*

l'emploi de ces préparations doit être précédé par la coupe des cheveux, l'application d'un cataplasme et souvent par des lotions savonneuses, pour faire tomber les croûtes, ainsi que pour diminuer l'irritation de la peau.

L'application de ces médicaments paraît avoir parfaitement réussi à M. Van Steenkiste, et parmi le grand nombre de malades qu'il a déjà traités avec succès de cette manière, il en cite neuf observations.

Après les avoir passées en revue, nous n'avons trouvé nulle part que l'auteur s'occupe du traitement interne et du régime des malades. Cependant nous croyons que ces soins peuvent contribuer pour beaucoup à la guérison de ce genre de maladies, et ont même quelquefois suffit pour guérir quelques-unes d'entr'elles.

En résumé le but de ces observations est de prouver 1° que la simple décoction ou la pommade de suie de bois ne procurent point des guérisons radicales ; 2° que la dissolution de sulfate de zinc en lotions ne réussit pas mieux; et 3° que ces deux substances mêlées ensemble ont constamment procuré de bons résultats.

Si dans la suite de nouvelles expériences viennent encore confirmer les succès obtenus par cette préparation, son application deviendra d'autant plus utile, que l'occasion de l'employer se présente journellement.

Bruges, le 1er septembre 1840.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

FRAGMENTS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SUR

LES POLYPES, LES CANCERS, LES TUBERCULES, LES CORPUSCULES DE MALPIGHI, DE LA RATE, ETC., ETC.;

Par M. GLUGE,
Professeur à l'Université de Bruxelles (1).

(Suite (2).)

X. *Tumeur polypiforme de la matrice extirpée par M. Seutin.*

Cette tumeur est de la consistance des muscles à peu près, d'un blanc gris, elle renferme un assez grand nombre de cellules rondes, du volume d'une noisette, et remplies d'un liquide blanchâtre. Une partie de la tumeur est cependant plus consistante et presque fibreuse, ettoute la tumeur se compose (vue avec le microscope (3)) de fibres, de cellules et de globules. Mais les fibres sont en plus grand nombre dans la partie plus consistante de la tumeur. Ces fibres ressemblent à celles du tissu cellulaire, mais elles sont plus irrégulièrement disposées. Les globules sont blancs et plus petits que les globules du sang; ils ne se dissolvent pas dans l'acide acétique; se coagulent par l'acide nitrique; l'ammoniaque liquide les transforme en une masse gélatineuse, qui paraît comme granulée sous le microscope. Les cellules, qui se trouvent aussi en grand nombre dans la tumeur, ont des prolongements filiformes, et contiennent de petits noyaux dont

(1) Ces observations forment une partie du second cahier de nos observations d'anatomie pathologique, que nous espérons pouvoir publier l'année prochaine.

(2) Voyez les nos 4 et 5 des *Archives* 1840.

(3) Le grossissement pour toutes mes observations est de 2-300 diamètres.

le nombre très-variable est quelquefois si grand que les cellules en deviennent opaques. Quelques vaisseaux capillaires se répandent dans la tumeur.

XI. *Tubercules.*

Des recherches continuées pendant cinq ans sur cette altération, ne m'ont pas encore donné un résultat satisfaisant, soit par rapport à la structure, soit par rapport au développement des tubercules. J'espère pouvoir en donner plus tard l'histoire anatomique plus complète. Voici, en attendant, quelques observations isolées.

Les différents degrés du développement des tubercules sont encore peu connus quant à la structure intérieure, et, dès à présent déjà, il me paraît probable que des maladies, semblables seulement par leurs caractères extérieurs, sont confondues sous le nom générique de tubercules.

I. Je dois à M. Lebeau la communication d'un poumon qui contenait des petites cavernes dans son lobe supérieur, et dont le reste était parsemé, à sa surface comme à l'intérieur, de petits tubercules miliaires, de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un blanc mat et assez durs. Aucun de ces tubercules n'était entouré d'un kyste (1).

Soumise au microscope et étendue sur une lame mince, la matière tuberculeuse présente une masse compacte dont la surface est composée de petits grains : ceux-ci sont blancs, irréguliers, et se laissent facilement isoler; ils ont 0,000,2 à 0,000,6 pouces de France de diamètre (2).

(1) Si l'existence d'un kyste dans les tubercules miliaires ne peut pas être niée, je suis cependant loin de le considérer, comme on le fait ordinairement, comme précédant le développement de la matière tuberculeuse; ces kystes me paraissent dans beaucoup de cas le résultat d'une exsudation occasionnée par la présence de la matière tuberculeuse même.

(2) M. Ceratti, le dernier auteur qui se soit occupé de l'anatomie microscopique des tubercules, dit qu'ils sont composés de petits grains de 1/1400 de diamètre, ce qui s'accorde assez avec notre analyse. Quant à l'assertion de ce médecin distingué que la matière tuberculeuse se dépose dans les cellules pulmonaires mêmes, j'avoue que mes recherches me laissent jusqu'ici dans le doute le plus complet.

On trouve mêlées à ces grains des arborisations blanches, semblables à celles qu'on observe dans la fibrine coagulée. Il se trouve, en outre, entre les petits grains des cellules arrondies ou angulaires, renfermant plusieurs noyaux de 0002 pouces de France de diamètre. Je les considère comme entièrement étrangères à la matière tuberculeuse, quoique plusieurs anatomistes paraissent les avoir prises pour des éléments de tubercules. En voici les raisons :

D'abord on trouve dans la substance intermédiaire des poumons qui ne présentent pas des tubercules, les mêmes cellules en plus grand nombre que dans les tubercules miliaires mêmes. De même, en examinant quelques tubercules qui renferment encore quelques points de tissu pulmonaire, visibles à l'œil nu, ils contenaient un nombre très-considérable de ces cellules, que je considère comme des débris des cellules pulmonaires, opinion qui est fondée sur la structure du tissu pulmonaire à l'état sain. Outre ces cellules, la matière tuberculeuse contenait encore des fragments de vaisseaux de tissu cellulaire qui est, comme on le sait, interposé entre les cellules pulmonaires; mais ces fibres étaient comme comprimées par la substance tuberculeuse et avaient perdu leurs contours réguliers et leur forme cylindrique.

2. Voici une seconde analyse des tubercules miliaires. Ils provenaient d'un soldat mort à l'hôpital militaire. Le péritoine et les poumons en étaient parsemés; leur forme extérieure était analogue à celle de l'observation précédente; cependant les tubercules étaient plus nombreux dans le péritoine où ils paraissaient avoir déterminé une péritonite chronique, s'il faut en juger d'après les nombreuses adhérences que les intestins avaient contractées entre eux. Placés sous le microscope, ils sont, dans les poumons comme dans le péritoine, composés de petits grains analogues, en tout point, à ceux décrits dans l'observation précédente. En outre, une petite quantité de matière amorphe et blanchâtre s'y trouve mêlée. (Je communiquerai, dans une autre occasion, l'anatomie des tubercules plus avancés) (1).

(1) Des tubercules du péritoine que j'examine dans ce moment contiennent outre les corpuscules arrondis particuliers aux tubercules des formations de

XII. *Tumeur stéatomateuse du larynx.*

Elle provenait d'un garde-malade de l'hôpital militaire, âgé d'environ 50 ans, qui, depuis quelque temps, s'était plaint de dyspnée, et qui ne s'était mis au lit que quelques jours avant sa mort. Je n'ai vu le malade que vers la fin de sa vie. La mort eut lieu par suffocation. Voici d'abord le résultat de l'autopsie exacte *de la poitrine.* Poumon droit sain, mais rempli d'air et comme emphysémateux (retenant les impressions du doigt). Le poumon gauche avait contracté quelque adhérence avec la plèvre-costale, et contenait, dans le lobe supérieur, une grande caverne de tubercules ramollis ; la partie inférieure et postérieure de ce poumon était crépitante; le cœur était normal, rempli de coagulum.

Cavité abdominale parfaitement saine.

Après avoir enlevé la glande thyroïde , je découvris une tumeur blanche, mais d'une dureté fibreuse: elle avait deux doigts d'épaisseur, et elle reposait, en partie, sur la face postérieure membraneuse de la trachée artère; elle s'étendait en bas jusqu'au troisième anneau de la trachée, et en haut, elle couvrait, en passant sur le cartilage cricoïde, le cartilage arythénoïdien, et elle formait une intumescence du volume d'un œuf de pigeon. De l'autre côté, la tumeur s'étendait seulement jusqu'au cartilage cricoïde et les muscles arythénoïdiens de ce côté étaient bien conservés. Voilà pour l'aspect extérieur. Quant à l'intérieur du larynx et de la trachée artère, la corde vocale supérieure et inférieure ainsi que le ventricule de Morgagni du côté droit étaient bien conservés. Du côté gauche, la corde vocale supérieure et en conséquence le ventricule avaient entièrement disparu; la corde vocale inférieure était réduite à un filet très-mince. La tumeur elle-même faisait une saillie très-forte dans le larynx et dans la trachée, de manière qu'une plume pouvait à peine pénétrer par le bas (du côté de la trachée), et qu'en haut (du côté

cellules épidermiales, mais ces dernières ont une forme différente de celles des poumons et correspondent à la structure connue du péritoine. Dans l'anatomie des tubercules la difficulté consiste à séparer exactement les éléments véritables des productions accidentelles.

du larynx) l'ouverture était tellement rétrécie, qu'en tenant le larynx contre la lumière celle-ci pénétrait à peine. (Cet homme, depuis longtemps, ne pouvait plus parler à voix haute, il disait tout à voix basse et d'un ton croassant.) Peut-être la trachéotomie aurait-elle prolongé les jours du malade (car la tuberculisation des poumons n'était pas assez avancée) si la position de la tumeur n'avait pas rendu un diagnostic exact, presque impossible.

Analyse microscopique. La tumeur est entièrement composée de fibres qui forment, de temps en temps, des renflements de fibres cylindriques et de cylindres très-petits d'épithelium, décrits comme seconde variété par M. Henle, et de cellules à noyaux peu nombreuses. Des vaisseaux capillaires, en petit nombre, parcouraient la tumeur. Une circonstance digne de remarque, c'est que la dégénérescence était évidemment partie de la membrane muqueuse, et d'un seul point de cette dernière; en effet, tandis que celle-ci était intacte sur le reste de la tumeur, la transition de l'épithelium sur un petit espace dans la substance de la tumeur était si insensible que je ne pouvais pas trouver de ligne de démarcation. La tumeur n'adhérait du reste intimement par sa surface interne, ni au tissu cellulaire, ni aux muscles environnants.

XIII. *Dégénérescence stéatomateuse* (1) *d'un testicule extirpé par M. Limauge.*

La masse était d'un blanc gris assez foncé, et on pouvait, à l'aspect extérieur, facilement le confondre avec le premier degré du cancer encéphaloïde; elle en différait cependant tout à fait, et elle se montrait composée de cellules arrondies de 00007 pouce de France de diamètre, qui s'aggloméraient et dont la plupart avaient plusieurs noyaux; ces noyaux ressemblaient quelquefois à des cellules plus petites renfermées dans les grandes. Les cellules ne se dissolvaient pas dans l'acide acétique; l'acide muriatique

(1) Nous conservons encore cette dénomination assez vague, parce qu'elle désigne des dégénérescences très-variées. Plus tard, quand un plus grand nombre d'analyses exactes seront connues, il sera facile d'établir des noms et des divisions plus en harmonie avec la nature des altérations pathologiques.

en détruisait la figure et produisait une masse compacte d'un vert pâle.

XIV. *Squirrhe du sein.*

Je le dois à l'obligeance de M. le docteur Victor Uytterhoeven (1). La tumeur squirrheuse est d'une forme arrondie, de 6 centimètres de diamètre ; elle est d'une dureté cartilagineuse. Sur sa surface antérieure, encore couverte de la peau, est située une autre tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui correspond au mamelon. La peau est saine sur la grande tumeur ; elle est, au contraire, couverte de vaisseaux dilatés sur la petite. En faisant une incision, je trouve dans les tumeurs une surface solide, d'un blanc mat mêlé de rose pâle, quelquefois de brillant métallique des tendons. Dans la grande tumeur la graisse et la peau sont parfaitement séparées ; dans le mamelon, la transition de la peau dans la dégénérescence est plus difficile à déterminer (2). La masse de la tumeur est solide, élastique, elle ne renferme aucun liquide susceptible d'être dégagé par la pression (3). En observant une lame très-fine au microscope et sans la comprimer, on distingue une surface striée couverte de globules de graisse. En isolant la matière avec plus de soin, on voit que la matière squirrheuse ne contient pas de fibres régulières, on y observe les substances suivantes : 1° une matière blanchâtre amorphe qui paraît avoir été déposée en couches, qui forment la plus grande masse ; 2° des corpuscules irréguliers, blancs et de la grandeur des globules de sang ; 3° des fragments de fibres de tissu cellulaire qui compose les conduits lactifères à l'état normal. Mais leur aspect extérieur se trouve changé ; leurs contours ne sont plus nets, ils paraissent comme comprimés par une matière étrangère. (Comparez la description donnée dans l'ouvrage cité.)

Plusieurs endroits de la tumeur sont plus rouges que d'autres ;

(1) V. mes *Recherches anatomico-microscopiques*. 1837, 1er cahier, p. 135.

(2) J'ai souvent observé que la graisse, entourée même de tissus squirrheux, avait conservé sa structure normale, observée au microscope.

(3) Cette dernière circonstance constitue déjà pour l'aspect extérieur, une grande différence avec le cancer encéphaloïde.

c'est là qu'un grand nombre de vaisseaux capillaires se sont formés (commencement de l'inflammation et de la transition du squirrhe en cancer); ils ont tous des parois, mais ils offrent une particularité, que j'ai souvent observée dans les vaisseaux de nouvelle formation, c'est qu'ils sont disposés en lignes parallèles et qu'ils font de longs trajets, en ne donnant que des anastomoses très-rares. Ces dernières ne paraissent se former que beaucoup plus tard (1).

Nous allons maintenant décrire deux états morbides du cœur très-différents, mais que parai sent déterminer des altérations analogues dans la structure des fibres musculaires.

XV. *Ramollissement du cœur.*

Ce cœur provenait d'une femme morte d'une pneumonie. Les deux tiers au moins du tissu de ce cœur et particulièrement de celui du ventricule droit étaient composés de graisse; tout le cœur se déchirait et se broyait entre les doigts, avec la plus grande facilité. Sous le microscope je trouve les kystes connus qui contiennent la graisse et les globules graisseux même entre les faisceaux primitifs des muscles. Il était impossible de reconnaître la trace des stries transversales qu'on y rencontre à l'état normal, même en observant sans exercer la moindre compression. Au lieu des fibres primitives, on trouve des petits globules noires disposés irrégulièrement et renfermés dans la gaîne du faisceau primitif des muscles.

XVI. *Hypertrophie du cœur.*

Il provenait d'un jeune homme qui avait, en même temps, un épanchement pleurétique. Le péricarde avait contracté de fortes adhérences avec le cœur; celui-ci offrait une hypertrophie énorme. En soumettant les fibres musculaires au microscope, je ne trouve aucune substance étrangère entre les faisceaux primitifs, mais les stries transversales sont difficiles à reconnaître et s'effacent à la moindre pression.

(1) J'ai vu quelque chose d'analogue dans le développement des vaisseaux sur les branchies des têtards.

XVII. *De la nature des corpuscules blancs* (de Malpighi) *dans la rate de l'homme.*

Cette observation qu'on a rarement l'occasion de faire, offrira un certain intérêt pour ceux qui s'occupent de la structure si énigmatique de cet organe.

Cette rate provenait de l'homme dont il sera question dans l'observation suivante. Il était mort à la suite d'une hydropisie et d'un ramollissement des ventricules du cerveau. Il se trouvait un dépôt de tubercules dans la partie inférieure du poumon, le reste de cet organe était sain ; mais il y avait *des tubercules miliaires* à la surface séreuse et dans l'intérieur du foie, dans le bassinet du rein et sur le cœur. La rate enfin offrait l'aspect suivant : elle était rouge, de consistance assez ferme; on remarquait à travers l'enveloppe séreuse des taches nombreuses, rondes, blanchâtres, non saillantes; en faisant une coupe je distinguai un nombre infini de corpuscules blancs de 1/4-2/3 millimètre de diamètre, isolés les uns des autres. En les séparant avec le plus grand soin, je ne reconnus aucun kyste, le tout se composant sous le microscope *de corpuscules analogues à ceux que nous avons trouvés dans les tubercules miliaires des autres organes du même cadavre*, j'y reconnus, en outre, quelques débris de fibres.

L'observation microscopique et les réactifs chimiques ont démontré leur identité. Ce résultat était facile à prévoir d'après l'existence des tubercules miliaires dans les autres organes.

Pour ceux qui n'auraient pas présente à la mémoire la discussion sur les corpuscules de la rate, j'ajouterai les remarques suivantes :

Malpighi a le premier décrit certains corpuscules, surtout dans les rates de quelques mammifères; il dit qu'on les trouve plus difficilement dans l'homme, « *in homine difficiliùs emergunt.* » Rudolphi confirme pleinement les observations de Malpighi, quant à la rate de la vache, de la brébis, du chien et du chat, mais il les nie chez l'homme. Il dit (1) que, dans la rate de ces animaux, on les voit comme de petits corpuscules ronds, d'un

(1) *Physiologie*, II, 2, 175.

blanc gris, dont chacun est attaché à un vaisseau comme à une tige, si on l'enlève avec le scalpel. Soulevés, ils s'affaissent ou deviennent diffluents, et paraissent pouvoir être considérés comme des vésicules. M. Muller (1) les a observés chez le cochon, la vache et la brébis, il nie également qu'ils fassent partie de la structure normale de la rate humaine. Il résulte de ses recherches minutieuses que ces corpuscules sont des élargissements de la gaîne blanche qui accompagnent les petites artères de la rate, et qu'il ne faut pas confondre avec la trame fibreuse qui constitue le squelette de la rate. Les corpuscules ne communiquent nullement avec les vaisseaux sanguins; ils sont creux et contiennent un liquide composé de globules blancs irrégulièrement sphériques et aussi grands que les globules sanguins et ressemblant aux corpuscules microscopiques qui constituent la plus grande masse de la rate. M. Muller ajoute que les corpuscules qu'on a quelquefois observés dans la rate de l'homme, diffèrent entièrement de ceux trouvés chez les animaux, et qu'il ne connaît pas leur signification.

Quant à moi je n'ai jamais observé ces corpuscules à l'état normal dans la rate humaine, et j'en ai cependant examiné un bon nombre; je ne les ai vus que deux fois : dans le premier cas je n'ai pas pu les examiner au microscope. Le sujet de l'observation que j'ai relatée plus haut m'a fourni l'occasion de les observer une seconde fois.

D'après ce qui précède, on voit facilement que les corpuscules que nous avons décrits diffèrent entièrement des corpuscules du cochon, etc. Ils ne sont pas creux comme ces derniers, et au lieu d'être formés par des globules analogues à ceux de la rate, ils sont, au contraire, constitués par une matière analogue à la matière tuberculeuse; la circonstance de la présence de nombreux tubercules miliaires dans d'autres organes du même homme, vient à l'appui de cette opinion. En est-il toujours ainsi? c'est ce que d'autres observations nous apprendront. Les descriptions des corpuscules qu'on trouve dans la rate de l'homme,

(1) *Physiologie, éd.*, 2, I, 552.

qui ont été faites par Dupuytren et Assolant ont, sous plusieurs rapports, beaucoup d'analogie avec les nôtres (1).

XVIII. *Ramollissement du cerveau à la suite d'épanchement de sérosité dans les ventricules.*

Nous avons fait connaître dans le premier cahier des Archives de la médecine belge, nos recherches sur la nature du ramollissement du cerveau, nous y ajoutons le cas suivant qui appartient à la série des ramollissements mécaniques de la substance cérébrale. Ce cerveau provenait du sujet dont nous avons parlé dans l'observation précédente. Il avait succombé après plusieurs jours de délire, suivi de stupeur, de dilatation de la pupille, sans paralisie apparente. Tous les ventricules du cerveau étaient remplis d'une quantité considérable de sérosité (nous avons dit ailleurs que cette sérosité contenait toujours de l'albumine et quelques sels). La surface des ventricules était très-ramollie, presque réduite en bouillie, sans avoir changé de couleur, si ce n'est que celle-ci était plus grisâtre dans la matière blanche. Eh bien ! dans cette matière cérébrale ramollie, le microscope ne montre *aucun caractère d'une production inflammatoire;* elle contenait seulement les débris des canaux nerveux. Faut-il attribuer l'épanchement de sérosité à une inflammation ? c'est possible, parce que quelques petites exsudations se montraient à la base du cerveau sur l'arachnoïde, mais ce que je puis assurer, c'est que ce ramollissement n'était certainement pas le produit d'une inflammation.

Ces considérations me paraissent importantes pour la pratique, et il me semble qu'on a trop oublié l'apoplexie séreuse des anciens, à laquelle ils adaptaient judicieusement un traitement tout à fait différent.

(1) L. J. P. Assolant. *Recherches sur la rate.* Paris, an X.

—

OBSERVATION

D'UN CHIEN CYCLOPE,

RECUEILLIE

Par MM. GLUGE et DEROUBAIX.

Le chien qui fait le sujet de cette observation appartient au troisième genre des cyclocéphaliens de M. Isidore Geoffroy de St-Hilaire (rhinencéphales). Il est du sexe féminin. Il a vécu pendant plusieurs jours.

Extérieurement, toutes les parties du corps paraissent bien conformées, excepté la tête.

Longueur du corps, 14 centimètres.

La tête est entièrement déformée. Au milieu du front, on observe un œil unique, au-dessous duquel se trouve une poche imperforée représentant une espèce de trompe d'une petite dimension. Le menton est saillant, se recourbe en haut et dépasse en avant la mâchoire supérieure d'un demi-centimètre. L'oreille externe est régulière, mais le canal auditif est oblitéré par une membrane mince.

Autour de l'œil, on ne distingue aucune trace de sourcils. Les paupières manquent de cils, et sont tapissées par la conjonctive, qui se réfléchit sur l'œil. Le diamètre transversal de l'œil est de 6 millimètres, le vertical de 5 millimètres. La cornée est arrondie, transparente, et a 3 millimètres de diamètre. En disséquant l'œil avec la plus grande attention, on ne trouve aucune trace de la fusion des deux yeux : toutes ses parties constituantes sont *uniques* et *régulièrement conformées.* La pupille est fermée par une membrane pupillaire. Le nerf optique est unique et a à peine un millimètre d'épaisseur; il traverse un trou rond qui se trouve au milieu du frontal. La caroncule et la glande lacrymale existent bien développées.

En ouvrant le crâne, on trouva un peu de sérosité épanchée entre lui et le cerveau. Celui-ci ne remplit la boite osseuse que dans les 2/3, ce qui dépend de ce qu'il est aplati et singulière-

ment affaissé sur lui-même. Les deux hémisphères cérébraux sont réunis et ne forment qu'une seule masse, présentant en avant un prolongement conoïde. Le peu de consistance du cerveau ne nous permet pas d'examiner l'origine des nerfs.

L'œil étant enlevé, on aperçoit qu'il reposait sur une espèce de plancher membraneux légèrement concave en haut, et sur lequel on remarque deux nerfs qui traversent d'arrière en avant l'arceau qui tient lieu de mâchoire supérieure. Ces deux nerfs sont constitués par la deuxième branche de la cinquième paire, que nous avons poursuivie jusqu'au ganglion de Gasser, qui existe double et bien développé.

Nous n'avons rien trouvé qui eût quelque analogie avec les nerfs olfactifs.

En ouvrant la trompe dont nous avons parlé, nous trouvons deux cavités nasales représentées par deux poches remplies de mucosités et séparées par un bourrelet membraneux. Les deux nerfs maxillaires supérieurs se distribuent dans les parois de ces cavités, qui sont tapissées par une membrane de nature muqueuse.

L'oreille moyenne et interne sont normales.

Tous les organes de la poitrine et de l'abdomen sont régulièrement conformés.

Tous les os du squelette sont à l'état normal, excepté ceux de la tête. Parmi ceux-ci cependant, l'occipital, les temporaux et les pariétaux sont exempts d'anomalies. Le coronal l'est aussi, excepté à la partie antéro-inférieure, où au lieu de s'articuler avec l'ethmoïde, qui manque, il présente une ouverture circulaire par où le nerf optique entre dans le crâne. Tous les os situés sur la ligne médiane de la face, et qui séparent ordinairement les deux orbites, manquent. A l'endroit qu'occupent dans l'état naturel les deux maxillaires supérieurs, se trouve une espèce d'arceau osseux, à convexité antérieure, à concavité fournissant quelques lames horizontales déchiquetées, qui semblent constituer le rudiment d'une voûte palatine. Cet arceau s'articule en arrière de chaque côté avec les os de la pommette, qui eux-mêmes vont se joindre aux apophyses jugales des temporaux : de sorte qu'il résulte de la disposition de ces différentes pièces

osseuses une espèce de demi-cercle osseux, qui limite antérieurement et latéralement l'espace dans lequel nous avons dit plus haut que se trouvait l'œil. L'orbite n'existe donc point à proprement parler, ou du moins il est constitué par des pièces osseuses tout à fait différentes de celles qui le constituent ordinairement, et il manque de profondeur et de circonscription exacte.

Le maxillaire inférieur est extrêmement volumineux et soudé sur la ligne médiane.

VARIÉTÉS.

MISCELLANEA MEDICA.

Et le pauvre homme compilait ! !

Sous le titre de *Miscellanea medica* je me propose de publier quelques articles qui, comme l'indique d'ailleurs le premier de ces deux mots latins, n'auront aucun rapport entre eux. Libre de toute entrave, j'exploiterai, au gré de mon désir, le champ de la bibliographie comme celui de l'histoire, sans m'inquiéter de la critique. Confiant et sans souci, je marcherai donc vers le but que je me suis proposé, comme ferait l'enfant qui s'amuse à jeter des feuilles ou des brins d'herbe dans l'onde cristalline d'un ruisseau, sans se demander si la pauvre feuille ou l'herbe voyageuse ne rencontrera pas en chemin quelque torrent affreux qui l'engloutira dans ses gémissantes entrailles. Papillon littéraire je volerai de fleur en fleur pour en exprimer le suc qu'un dévancier plus heureux y aurait abandonné; et si parfois je venais à rencontrer, dans mon vol capricieux, quelque abeille jalouse ou quelque bourdon turbulent, je me contenterai de m'éloigner au plus vite, non pas que leur piqûre me fasse trembler, mais parce que leur dard renferme un poison subtil. Que si, par hasard, l'orage venait à fondre sur ma tête, j'attendrais avec résignation, l'œil tourné vers l'horizon, et persuadé qu'après la tempête le ciel ne tarde jamais à redevenir serein.

Ceci posé, entrons en matière par un sujet peu connu et palpitant d'intérêt.

DER ARME HEINRICH.

(Le pauvre Henri.)

Nous autres médecins, nous avons, généralement, le tort de ne nous occuper, en fait de littérature, que de la littérature médicale. Exclusifs jusqu'à l'injustice, nous nous gardons bien de parler dans nos journaux de ces mille productions scientifiques enfantées le matin, et parfois oubliées le soir. Quant à celles-ci, je le conçois ! Mais il en est d'autres envers lesquelles nous gardons trop souvent un silence coupable, et qui mériteraient cependant un accueil empressé de la part d'un corps estimé pour son impartialité et son zèle à accueillir tout ce qui tend à élargir le cercle des connaissances ; je veux parler du corps médical.

Nous pouvons donc nous étonner à juste titre, que jusqu'ici l'œuvre de *Hartmann von der Aue,* n'ait pas encore trouvé parmi les médecins un interprête qui ait fait connaître les particularités remarquables que renferme ce livre.

Quoique peu confiant dans mes propres forces, je m'empresse de remplir cette lacune et de faire part à mes confrères des choses curieuses qui abondent dans cet intéressant poëme.

Le chevalier Hartmann, homme instruit et sachant lire, qualités qui le distinguaient des nobles de son époque, désirant faire quelque légende capable d'augmenter la gloire de Dieu et de rendre plus ardent l'amour des hommes pour l'être suprême, écrivit le poëme *der arme Heinrich*. Avant de se livrer à la narration des aventures du pauvre Henri, le pieux Hartmann invite ceux qui liraient son ouvrage après sa mort, à prier pour le repos de son âme ; aussi dit-on oui : car celui qui prie pour les péchés d'autrui, devient un interprète pour soi-même et se prépare une place dans le ciel.

Henri, fils d'un seigneur de Souabe, était rempli de nobles qualités. Immenses étaient ses richesses. Aimé de tous, il coulait sur cette terre des jours tranquilles et heureux. Mais *media vita in morte sumus.* Un jour cet homme, dont chacun enviait la félicité, se voit, ainsi qu'il arriva à Job, atteint de la plus affreuse, la plus repoussante et la plus cruelle des maladies : la lèpre !

Malheureux et abattu le pauvre Henri se soumet, non sans proférer mainte plainte et maint murmure, à la triste épreuve à laquelle Dieu vient de le condamner. Triste et souffrant il ne connaît plus la joie ; son courage l'a abandonné ; le miel de sa vie s'est changé en fiel ; son beau soleil s'est couvert d'un nuage épais et un orage terrible est venu obscurcir son ciel pur et serein. Il déplorait amèrement tout ce bon-

heur qu'il devait laisser loin derrière lui, et maudissait à chaque instant le jour de sa naissance.

Le lépreux reprit cependant un peu de courage lorsqu'on lui annonça que la maladie dont il était atteint n'était pas incurable. Sur ce, il partit pour Montpellier et y consulta quelques médecins; mais on lui répondit que tout espoir de guérison lui était à jamais ravi. Plus triste que jamais il se dirigea vers Salerne. Les plus savants docteurs de cette ville lui dirent une chose extraordinaire, savoir : que son affection était curable, mais qu'il ne guérirait plus jamais. « Comment cela est-il possible? demanda Henri, vous parlez absurdement! si je puis guérir je guérirai, car ni travail ni argent ne me coûteront pour obtenir ce résultat. » Ne parlez pas d'argent, fit le médecin, votre maladie est incurable et curable. Il existe bien un médicament qui pourrait vous guérir, mais, à quoi bon vous le dire? il n'est point d'homme assez puissant au monde qui puisse se l'acquérir; pour cette raison la résignation est votre seul espoir. Que Dieu vous vienne en aide! Alors le pauvre Henri s'écria : « Pourquoi me ravir toute espérance et toute consolation? n'ai-je donc pas assez d'or pour vous engager à guérir le mal qui me ronge? » Le bon vouloir ne me manque pas, repartit le docteur; s'il ne vous fallait qu'un médicament ordinaire, voilà longtemps que votre désir aurait été rempli. Malheureusement il n'en est pas ainsi. Cependant écoutez : pour obtenir une guérison parfaite vous devez trouver une jeune fille pure et chaste qui, de son plein gré, veuille mourir pour vous. Avouez qu'il n'est pas dans la nature humaine que quelqu'un souffre la mort pour vous. Retenez bien ceci : il n'est qu'un moyen pour chasser votre mal; ce moyen c'est le sang de l'innocence. C'est l'unique remède par lequel vous puissiez espérer un prompt retour vers la santé.

Hélas! le malheureux Henri ne reconnut que trop combien une pareille chose était impossible. Dégoûté de la vie et l'âme navrée de douleur, il distribua toute sa fortune à sa famille et se retira dans une lointaine métairie, dernière parcelle de ses immenses biens. Le métayer, sa femme et sa fille le reçurent avec plaisir.

Quelque temps après, pour répondre à une demande du métayer, Henri lui raconta son entrevue avec le médecin de Salerne. La jeune fille était toute oreille.

Pour des causes qu'il serait trop long à énumérer ici, la jeune fille résolut de mourir pour son seigneur et bienfaiteur. Ses parents la supplièrent d'abandonner un tel projet. Mais larmes et prières, tout fut vain! résolue la belle et noble enfant leur répondit. *Es musz seyn!*

Un matin elle se rendit dans la chambre de Henri et lui avoua son angélique et courageuse intention. Plein d'étonnement celui-ci refuse.

Enfin après maint combat, mainte explication, le désespoir des pa-

rents et les refus de Henri durent céder devant l'héroïque résolution de la jeune fille. On se dit adieu ; on se sépare. Un instant après Henri et sa volontaire victime étaient sur la route de Salerne.

Arrivée dans cette ville la timide enfant est présentée au médecin, qui la déclare apte à guérir le lépreux : puis il place la victime sur une table, saisit un large couteau, l'aiguise, pendant qu'il explique à la malheureuse la manière dont il va lui fendre la poitrine, et s'apprête enfin à exécuter sa terrible opération.

Mais Henri ne permit pas qu'une ange aussi jeune et aussi bonne vit le fil de sa vie se rompre au milieu de son existence. Il entre dans la chambre fatale, déchire les liens qui retenaient la vierge candide sur la table fatale et déclare qu'il ne souffrira jamais un tel holocauste.

L'Éternel frappé de tant d'amour de la part d'une si jeune fille, accorda la santé au pauvre Henri.

De retour chez eux, l'hymen unit deux êtres que la mort même ne put séparer. Après une existence longue et heureuse ils quittèrent la terre pour aller dans l'empire céleste jouir ensemble du bonheur réservé aux fidèles. Amen.

Voilà, en peu de mots, le poëme de Hartmann von der Aue. Celui-ci vécut vers 1228 environ. A cette époque il alla combattre les infidèles en Palestine. On croit qu'il composa son ouvrage avant cette époque et peu après la mort du seigneur Von der Aue dont il était un *ministerialis*. Il était contemporain du fameux Wolfram von Eschenbach et du célèbre Gottfried von Straszburg. Ces deux auteurs parlent de Hartmann comme d'un célèbre poëte. Il n'existe que deux manuscrits de son arme Heinrich : l'un est à Strasburg, l'autre dans la bibliothèque du Vatican ; à ce qu'il paraît il y en a encore un à Colocza en Hongrie.

Dans la narration de Hartmann on rencontre souvent le mot Salerne. Ainsi il dit, p. 44 :

Das horte er gar ungerne
Und fuer gegen *Salerne*
Und sueht oech dadurch genist
Der wisen arzate list.

Et plus loin, p. 58, vers 371 :

Ich fragete vil gerne :
So vil zue *Salerne*
Von arzenien meister ist,
Wie kumet, daz ir dekeines list
Zue uwerme ungesunde
Niht geraten kunde.

Comme on le voit par ces deux passages, le pauvre Henri tourne ses regards vers les médecins de Salerne, car ceux de Montpellier lui

avaient franchement dit qu'il n'y avait plus de guérison pour lui. Hartmann nous l'apprend dans les vers suivants, p. 44 :

Und fuer also getrate
Nach der arzate rate
Gegen *Munpasiliere*,
Do vant er vil schiere
Nuwent den untrost,
Unde daz er niemer wuerde erlost.

Les vers 436, 852, 1020, 1051, font encore mention de l'école de Salerne. Dans une grande partie des poëmes du moyen âge on parle de cette école et de ses célèbres médecins. Chacun sait que ce fut une des plus fameuses académies de médecine. Lorsqu'un malade parlait d'aller à Salerne, cela signifiait qu'il voulait aller consulter les meilleurs médecins. Dans le Tristrem de Scott on voit que Tristan, devenu malade, veut se rendre à Salerne. Le malin renard, *reinhart de vos*, appelé à la cour du lion malade, déclare que ses herbes viennent de Salerne (1). La montagne aux plantes miraculeuses, le Heilberg, dont les vieilles légendes et les chansons populaires nous racontent tant de faits extraordinaires, n'avait pas une réputation plus grande que cette école. Disons maintenant quelques mots de la lèpre, en latin *lepra* en allemand aussatz.

En lisant l'ancien testament on est frappé de voir combien cette maladie y est dépeinte avec de sombres couleurs. Dans le troisième livre de Moïse, dit Lévitique, les 13e et 14e chapitres sont entièrement consacrés à cette dangereuse affection. *Or le lépreux*, dit le législateur des Hébreux, ch. XV, vers 45 et 46, *en qui sera la plaie, aura ses vêtements déchirés et sa tête nue, et il sera couvert sur la lèvre dessus, et il criera : le souillé, le souillé! pendant tout le temps qu'il aura cette plaie, il sera jugé souillé, il est souillé, il de*

(1) A l'époque où la difficulté et l'incertitude des routes et la rareté, la lenteur et la cherté des moyens de transport, étaient des obstacles auxquels les voyageurs songeaient plus d'une fois avant de quitter leurs pénates, — une des principales sources de l'obscurité et de la barbarie des premiers siècles, — on parlait de Montpellier comme d'une cité extrêmement éloignée. Aller à Montpellier, c'était se rendre au bout du monde. Tibert, flatté de ce que son malin oncle lui offre la patte pour se rendre en certain lieu où sa dent avide trouvera mainte victime à croquer, ne trouve rien de plus flatteur à dire au perfide Reinaert :

Ia ic, Reinaert, op die geleide
Ginge ic met u te Montpelier.

Chacun connaît au reste le brillant tableau que l'ex-pèlerin à longue queue trace de cette célèbre pépinière médicale. (Voir Reinaert de vos, vos 5950 et suivants.)

meurera seul, et sa demeure sera hors du camp. Le cri que le lépreux est obligé de jeter lui-même, ses vêtements mis en lambeaux, l'obligation de marcher tête nue, ne démontrent-ils pas suffisamment toute l'aversion que ce peuple persécuté éprouvait pour un mal aussi dégoûtant? La sœur de Moïse, atteinte de lèpre, est elle-même forcée à se reléguer loin de l'armée errante. Les lépreux avaient une habitation à part. Le roi Asaria, devenu lépreux, ne peut se soustraire à la loi commune et quitte sa maison pour aller demeurer dans une ladrerie. D'après le Talmud, Tract. : Sanhedrinn, fol. : 107, le roi David, après avoir été atteint pendant six mois de la lèpre, *perd sa majesté divine.* Dieu voulant éprouver le patient Job, le couvre de lèpre. St.-Lazare se voit atteint de la même affection.

Cette maladie fut connue de bonne heure en Europe. Au moyen âge on voit des lépreux sur tous les chemins, dans tous les villages, dans tous les bourgs, dans toutes les villes. Leur nombre devient bientôt si grand que les princes sont obligés de prendre des mesures rigoureuses contre cette maladie contagieuse.

Voulait-on exprimer quelque chose de laid, sale et dégoûtant, on disait : horrible comme un lépreux! Saint Géry rencontre un payen atteint de cette maladie : pour lui faire voir combien son culte est abominable, il ne trouve pas d'image plus forte que celle-ci : « La » lèpre de votre corps, dit-il, *n'est qu'une image,* ou plutôt un effet » de celle de votre âme. Dieu peut guérir l'une, si vous souhaitez ar- » demment guérir de l'autre. »

Il n'est presque aucun chroniqueur allemand qui ne dise un mot de la *misulsucht, misalsucht, miselsucht* ou *masel.* Saint Anno en fait mention. Notker cite le mot *misolothiu.* Les écrivains latins du moyen âge connaissent les lépreux sous le nom de *miselli* ou *meselli.* De là viennent les vieux mots français *mesel, meseau,* en italien, *miselle,* en arabe, *mezora,* en hébreux, *mizora.* Rabanus Maurus, dans son hymne de la Charité, parle en ces termes :

Natu Dei felix homo conlætatur fratribus
misellinis et pupillis, egenis et orphanis.

Si l'on voulait écrire tout ce qu'il y a à dire sur cette peste humaine, on remplirait quelques gros volumes, puis, arrivé à la fin de l'ouvrage, on serait encore en droit de se demander si l'on n'aurait rien omis sur cet interminable chapitre.

Chaque pays possède quelque chanson populaire sur cette maladie repoussante. Qui ne connaît celle intitulée : VAN EEN RUYTER MET EEN MEYSJE? Une jeune fille passe sur un pont-levis; par malheur

elle laisse tomber sa *buydeltje* (1); un chevalier la ramasse et la lui rend. Mais

Toen zy haer buydeltje weder zag,
Van haar leven zag zy noyt droeviger dag,
Aldaar stond in geschreven :
« Al die verhole liefde draagt,
Moet zeven jaar lazarus wezen. »

Le sang étant la partie la plus précieuse en même temps que la *plus pure* des matières qui concourent à former le corps des êtres vivants, Moïse ordonne que celui qui sera atteint de la lèpre trempera un passereau, du bois de cèdre, du cramoisi et de l'hysope dans le sang d'un autre passereau, et qu'il en fera par sept fois aspersion sur toute sa surface cutanée.

Au sens figuré, c'était donc combattre l'*impur* par le *pur*.

Selon les vieilles croyances, lorsque la source de la vie était atteinte, ni les sucs, ni les plantes, ni les minéraux ne pouvaient être d'aucun secours. Il fallait quelque chose de plus *pur* pour rétablir cette fontaine profondément troublée.

Disons cependant que, pour obtenir une prompte guérison, il n'était pas indifférent de prendre tel ou tel sang, car il devait provenir d'un être chaste et pur. Le sang des enfants offrait, sous ce rapport, toutes les garanties convenables. L'enfant n'est-il pas un tableau frappant de l'innocence, d'une pureté encore vierge de toute atteinte? Shakespeare, dans le marchand de Venise, nous montre un juif qui demande à acheter du sang humain; l'auteur cependant attribue ce singulier trafic à un sentiment de méchanceté et de haine pour les chrétiens.

Dans le Dornavii amphithéâtr.: page 46, on lit :

Dann Jungfraw-Blut ist koestlich gut,
Gleichwie den Juden Christen-Blut.

Dans un petit récit du Pentameron il est fait mention d'une plaie de tête grave, qui ne peut être guérie par aucune autre matière, sinon par un onguent fait avec du sang de jeunes oiseaux.

D'après le Schahnameh, la cécité de Cai Caus cesse par l'emploi de trois gouttes de sang, provenant du cœur du géant blanc.

Après la naissance de Jésus-Christ, alors que les eaux du baptême, consacrées par les paroles divines des prêtres, et par conséquent *pures* et saintes, rachetaient des millions de barbares du péché originel, les lépreux n'avaient rien de plus pressé à faire, pour chasser leur souil-

(1) Petit sac, espèce de ridicule? Reticulus.

lure, que de se purifier par cette aspersion salutaire. Les eaux baptismales étant tout ce qu'il y a *de plus pur*, on abandonna les ablutions avec le sang.

La pure rosée, l'eau limpide des fontaines, l'eau tombant du ciel, l'eau de neige, etc., ne sont-elles pas employées par le vulgaire contre une infinité de maladies?

Longinus se lave avec le sang et l'eau coulant des plaies du Fils de Dieu crucifié ; et voyez ! sur-le-champ sa cécité disparaît.

Jésus-Christ guérit un aveugle en touchant les paupières du malheureux avec un peu de salive.

Les larmes même, cette *pure rosée* du cœur, ne parviennent-elles pas à dégager sainte Magdeleine d'une vie passée dans la fange !

L'haleine, souffle tiède et *pur*, trouve ici sa place. En dépeignant une jeune beauté, un ancien poëte français dit entre autres choses :

. . . . alaine douce tant
cun malades alast du douz flair guerissant.

Certain roi, devenu malade, guérit en employant le lait d'une femme saine et *pure.*

Et combien n'existe-t-il pas de contes qui nous apprennent comment de vieilles et laides fées, sentant approcher la mort, vont ravir quelque part une jeune fille, et la jettent sous l'influence d'un sommeil léthargique et *sucent* ou *aspirent*, pendant ce temps, l'haleine de l'innocente créature, moyen par lequel la méchante fée prolonge sa vie de quelques années, aux dépens de l'existence de la pauvre victime.

Sainte Odilie rechauffe charitablement un lépreux dans ses bras. Sa chaleur (fluide *pur*) pénètre dans le corps de l'affligé et son mal disparaît à jamais.

Carpentier raconte, d'après un manuscrit de 1408, l'histoire d'un lépreux qui coupe la main d'un enfant mort-né (par conséquent *pur* et *sans tache*) y met un onguent et se frictionne de cette manière. Une prompte guérison ne tarda pas à être la suite d'une telle médication.

Il y a quelques années, et il en est peut-être de même encore aujourd'hui, le vulgaire croyait que l'on parvenait à se débarrasser du haut-mal (épilepsie) en buvant ou se frictionnant avec le sang d'un criminel supplicié.

Chacun connaît l'action des eaux du Jourdain sur la lèpre. Il est donc inutile d'en parler ici.

Grégoire de Tours dit dans une parabole, en parlant du premier roi chrétien : Rex ergo poposcit se baptizari; procedit ad lavacrum, deleturus *lepræ veteris morbum*, sordentesque maculas gestas antiquitus *re-*

centi latice deleturus. Le lépreux de saint Géry, dont j'ai parlé plus haut, s'étant fait baptiser, Dieu le guérit de sa maladie cruelle.

Dans le Pentamerone, le grand Turc (sorcier) atteint de lèpre ne peut renaître à la santé s'il ne se baigne dans le sang de quelque grand prince.

Constantin devient lépreux parce qu'il opprime le pape Silvestre. On lui conseille de se laver avec le sang de sept enfants âgés d'un an. (Reali di Francia, cap. I.) Schilberger cite le même fait à la fin de la description de son voyage.

Dans *l'histoire de sainct Greaal* (Paris, 1523, fol. 225) on voit la sœur de Perceval contrainte de donner une jatte de son sang à la châtelaine d'un vieux castel devant lequel elle arriva conjointement avec Galaad, Boort et son frère. La jeune fille se laisse ouvrir une veine et paye volontairement le sanglant tribut à la maîtresse du lieu ; celle-ci était couverte de lèpre, et un vieillard lui avait dit que, pour renaître à la santé, elle devait s'oindre avec le sang d'une jeune personne *qui fust vierge en vouleute et en œuvre.*

Histoire de Giglan de Galles et Geoffroy de Majence. Un géant devient lépreux et veut porter remède à son mal. Pour cela des bains de sang de petits enfants sont nécessaires. Son serviteur vole neuf jeunes créatures qu'il tue inhumainement.

Je ne cesserais point si je voulais raconter toutes les légendes, ballades, contes, poëmes, chansons et récits populaires qui ont trait à l'influence du sang sur la lèpre et mille autres maladies ; car ce qui n'était au commencement qu'une *image* ou un *symbole* dégénéra insensiblement en pratique vulgaire, comme il arrive par malheur trop souvent. Ne vit-on pas plus tard un roi de France, Louis XI, boire le sang fumant d'un enfant à qui l'on donnait quelques écus pour se soumettre à la saignée et vendre ainsi la partie la plus précieuse de son être, pour corriger l'âcreté du sang d'un vieux fou !

Et lorsque dans la ville de Rome un gladiateur tombait blessé dans l'arène, les épileptiques ou ceux qui voulaient se préserver de cette maladie, ne s'estimaient-ils pas heureux si on leur laissait boire à longs traits le sang chaud s'échappant des plaies du mourant !

Jean de Gaddesden, ce médicastre superstitieux, donnait aux scrofuleux du sang séché au soleil et réduit en poudre. Le sang de belette et de bouquetin était employé jadis contre les écrouelles et la pleurésie. A l'époque où la circulation du sang fut découverte, on inventa la transfusion du sang. Richard Lower et Christophe Wren prétendirent guérir les plus fortes maladies et rajeunir les vieillards en substituant au sang vicié ou trop âgé, celui de jeunes enfants ou d'adolescents vigoureux. Après avoir fait de nombreuses expériences sur des animaux, on osa tenter ces moyens sur l'espèce humaine, et l'on vit,

en 1667, à Paris, des hommes audacieux se livrer à cette grave opération. Des malheurs funestes furent le résultat d'une médication aussi téméraire, et il fallut un arrêté du pape, en 1675, pour défendre à ces expérimentateurs leurs redoutables injections.

Avancer que par bonheur le manuscrit *derArme Heinrich,* a été publié par les frères Grimm, n'est-ce pas tout dire ! Où chercher une plume plus féconde, plus poétique et plus philosophique que celle de ces deux auteurs célèbres !

En terminant cet article, je n'ai qu'un seul regret : c'est de ne pouvoir initier mes confrères à toutes les belles pensées et aux profondes recherches que renferme le livre dont nous nous occupons. Pour bien se convaincre de ce que j'avance il faut que l'on prenne soi-même ce délicieux bijou en main, et que, retiré dans les profondeurs d'une chambre silencieuse, on suive pas à pas les auteurs dans leurs claires et savantes pérégrinations ; il faut que l'on fasse un instant abstraction de soi, pour causer et vivre avec eux et obéir aveuglément à l'attraction du puissant aimant de leur savoir.

L'Allemagne est la patrie des écrivains consciencieux. Comme la justice, la plume de l'homme de lettres y marche lentement ; mais elle arrive enfin au but ! Alors l'homme de génie se repose avec sécurité et confiance, car tout ce qu'il a fait a été passé et repassé à travers les pores étroits du tamis littéraire. L'Allemagne est prodigue de chefs-d'œuvre ! et cependant voyez combien nous sommes insouciants et ingrats envers cette bonne mère ! Rarement nous tournons nos regards de son côté, rarement nous fraternisons avec elle ! Est-ce parce qu'elle n'est pas la terre classique de la frivolité !

Mais arrêtons-nous de crainte de froisser quelques promptes susceptibilités ! . . . .

Lorsque jadis (ce sont les paroles des deux savants frères) Dieu et la vieille bravoure allemande ramenaient les princes devant la porte de la ville de Cassel, le peuple détellait leurs chevaux et s'écriait : « Hessenblut soll sie hereinziehen, das lebt immerdar ! » cri d'enthousiasme et de magnanimité !

Quant à moi, si j'ai un jour le bonheur de fouler le sol de cette antique et glorieuse Germanie, j'irai à C...., ; là je demanderai les frères Grimm, et, après avoir serré leurs mains avec un profond sentiment d'amitié, je dirai, en regardant leurs fronts : GELEHRSAMKEIT LEBT IMMERDAR !

Le docteur CH. VAN SWYGENHOVEN, fils,
Ex interne des hôpitaux civils de Bruxelles

BIBLIOGRAPHIE.

COURS THÉORIQUE ET PRATIQUE D'ANATOMIE, COMPRENANT L'HISTOIRE DE L'ANATOMIE DEPUIS SON ORIGINE JUSQU'A NOS JOURS;—L'OVOLOGIE, L'ORGANOGÉNÉSIE ET LES MONSTRUOSI—TÉS; L'ANATOMIE DES TISSUS ET L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE;

Ouvrage mis en rapport avec la loi qui régit l'étude de la médecine en Belgique, par AD. BURGGRAEVE, professeur d'anatomie à l'Université de Gand.

Il existe un grand nombre de traités spéciaux d'anatomie descriptive, d'anatomie topographique, d'anatomie pathologique, d'embryogénie, etc., dignes, à tous égards, des plus grands éloges, mais il manquait un traité classique qui comprît toutes ces matières. Les progrès des sciences et l'extension donnée à l'enseignement de l'une des branches les plus essentielles de l'art de guérir, rendaient nécessaire la création d'un ouvrage de ce genre; aussi faut-il savoir gré à M. le professeur Burggraeve d'avoir entrepris de combler cette lacune, car il rend un éminent service surtout aux élèves de nos Universités, qui manquaient d'un guide capable de les diriger dans leurs études.

Le premier volume, qui vient d'être mis en vente, contient un précis de l'histoire de l'anatomie depuis son origine jusqu'à nos jours. L'auteur a divisé cette histoire en cinq grandes périodes: la première embrasse l'état de l'anatomie depuis son origine jusqu'aux temps modernes, et donne ainsi l'exposé complet des connaissances anatomiques chez les anciens.

La seconde période comprend l'état de l'anatomie depuis la restauration des lettres et des sciences en Europe jusqu'à la fin du XVI[e] siècle, époque féconde en progrès et dont Vésale est le représentant le plus illustre.

La troisième fait connaître l'état de l'anatomie pendant le XVII[e] siècle, et les découvertes importantes qui ont été faites à cette époque, découvertes auxquelles se rattachent les noms d'Harvey, de Bartholin, de Rudbeck, de Malpighi, de Willis, de Ruych, etc.

Dans le cours de la quatrième période (XVIII[e] siècle), l'ana-

tomie rentre dans la voie que lui avaient déjà tracée les anciens. L'anatomie expérimentale avec Haller et Spallanzani ; l'anatomie des tissus avec Bordeu et Bichat, et enfin l'anatomie pathologique avec Valsalva et Morgagni se trouvent enfin réunies pour constituer une science complète.

Dans la cinquième période (XIXe siècle), le champ de l'anatomie s'agrandit encore, et l'anatomie comparée prête son utile concours à celle de l'homme.

On ne s'étonnera pas, sans doute, de l'extension donnée par l'auteur, à cette partie historique. Tout le monde, aujourd'hui, sent trop bien l'importance des études de ce genre pour qu'il soit nécessaire de s'appesantir sur un tel sujet.

En effet, comme le fait observer, avec raison, M. Burggraeve, « si toutes les sciences gagnent à être étudiées sous le point de vue historique, l'anatomie y trouve un intérêt spécial ; car elle a ceci de particulier, que son histoire se rattache à celle des hommes qui l'ont créée, et qu'en consacrant leurs noms aux organes qu'ils ont découverts, elle a imposé au médecin l'obligation de connaître la vie et les œuvres de ceux dont elle a voulu ainsi perpétuer la mémoire. »

« Et pourquoi, ajoute l'auteur, ne le dirions-nous pas ici ; en parcourant cette longue série d'anatomistes célèbres, nous n'avons pu nous garder d'un juste sentiment d'orgueil, en voyant la part immense que les anatomistes belges ont prise à la fondation et au perfectionnement de l'anatomie ; et nous n'avons pu nous empêcher de développer à tous les yeux ce côté brillant de la nationalité belge.

L'auteur, pour faire connaître les différents états de la science pendant les siècles qu'elle a parcourus, a pris pour chaque époque les ouvrages qui lui ont paru représenter le mieux l'état auquel l'anatomie était parvenue alors, et il en donne une analyse aussi complète que possible.

Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de donner assez d'étendue à notre article, nous nous efforcerions de faire ressortir toutes les particularités remarquables que renferme le volume que nous avons sous les yeux : nous ne pouvons

toutefois résister au plaisir de reproduire ici la récapitulation qui le termine.

« Nous venons de parcourir, dit l'auteur, l'histoire de l'anatomie depuis son origine jusqu'à nos jours, et nous avons vu qu'elle se lie en quelque sorte à l'histoire de la civilisation et du progrès des lumières pendant les époques qu'elle a traversées. Supertitieuse avec les anciens peuples, elle n'ose toucher au cadavre de l'homme, de peur d'en profaner la dignité, et de s'exposer elle-même à l'exécration publique. Les médecins et les philosophes de ces temps reculés, Anaxagore, Démocrite, Empédocle, Alcméon de Crotone, Hippocrate, sont obligés de suppléer par des animaux à ce manque du corps humain. Un instant le préjugé semble être vaincu par les lumières et la civilisation que les Ptolémée répandent en Egypte; mais bientôt il est ramené par les Romains, ces éternels propagateurs de tous les préjugés, et qui semblent n'avoir eu d'autre mission que celle d'étouffer l'esprit humain sous l'empire de la force brutale. L'étude des animaux redevient alors l'unique ressource des anatomistes et Galien consacre, par l'autorité de son nom, une science dans laquelle l'homme, l'image de Dieu qui le créa, est remplacé par des singes. »

« Après une profonde barbarie, temps d'arrêt inévitable entre une civilisation qui s'éteint et une civilisation qui commence, l'Europe se réveille comme rajeunie et fortifiée par le long sommeil dans lequel elle avait été plongée, et se livre avec ardeur aux charmes d'une vie nouvelle; jouir fut alors son unique but, elle appela à elle tous les hommes qui pouvaient accroître la somme de ses jouissances. Avec les Giotto, les Pisani, les Bramante, les Léonard da Vinci, elle comprit le charme des arts qui s'adressent aux sens; avec les Pétrarque, les Boccace, les Pic de la Mirandole, elle sentit plus vivement encore les jouissances de l'esprit. Grâce à ce nouvel ordre d'idées, l'anatomie put reprendre le sujet de ses investigations, et l'espèce d'horreur que le cadavre de l'homme avait inspiré disparut devant l'admiration que sa structure inspira. Des cours publics d'anatomie furent ouverts en Italie, où de nombreux élèves vinrent se former aux leçons des Beneditti, des Berengario di Capi, des Achil-

lini, et en France, à celles des Dubois, des Gonthier d'Andernach, des Ch. Estiennes. Cependant le respect qu'on avait voué au médecin de Pergame ne permit pas alors à la science de faire de grands progrès. On voyait bien que ces écrits n'étaient pas en rapport avec le corps humain, mais personne n'osait y apporter des modifications, et l'on préférait croire que dans cette circonstance c'était la nature qui avait tort, ou du moins que l'homme avait subi des modifications depuis que Galien en avait fait l'histoire. Nous avons vu comment Vésale renversa ces étranges subterfuges. A côté de lui, Eustachi contribua à opérer la réforme, tandis que les travaux de Colombo, de Fallopia, d'Ingrassia, de Varoli, de Fabrizio d'Aquapendenti, d'Arauzi, de Vandenspiegel vinrent ajouter de nouveaux traits au tableau tracé par leur maître. »

« Vers le commencement du XVIIe siècle, la découverte de la circulation du sang par Harvey vint ouvrir une nouvelle voie à la science, et peu après Aselli, Vesling, Pecquet, Bartholin, Rudbeck, en découvrant les vaisseaux lymphatiques, changèrent complétement l'état de la physiologie. Successivement l'invention du microscope et celle de l'art des injections vinrent ajouter de nouvelles et de puissantes ressources à l'art de l'anatomiste. C'est de cette époque mémorable que datent les travaux de Willis, de Vieussens, de Lower, de Malpighi, de Ruysch; les observations de Leeuwenhoeck, de Warthon, de Stenon, de Bellini, de Regnie, de Graaf, de Vanzwaumerdam, de Brunner, de Peyer et de tant d'autres anatomistes qui font du XVIIe siècle l'époque de son histoire la plus féconde en progrès. »

« Un moment l'introduction de la mécanique et de la chimie dans le cercle des sciences positives et leur application aux études physiologiques et pathologiques enraya la marche de l'anatomie; mais n'oublions pas que ces tentatives qui eurent le tort d'être prématurées, devaient, dans un temps plus rapproché de nous, être la source d'une foule de progrès que la médecine, abandonnée à elle seule, n'aurait pu effectuer. »

« Dans ce grand mouvement imprimé à l'anatomie, pendant le XVIIe siècle, on voit l'Italie conserver constamment la prééminence qu'elle devait au génie de Vésale; mais bientôt l'émula-

tion, devenue générale, permit aux autres pays de rivaliser avec cette terre classique des sciences et des arts. Au commencement du XVIII[e] siècle, Winslow, Albinus, Valsalva, Morgagni, Fr. Petit, Cheselden, Walther, Trew, Zach. Platner, Heister; plus tard, Senac, Alex. Monro, Cassebohm, Ferrein, Huber, Lieutaud, Boehmer, Ludwig, Pourfour du Petit, Meckel l'ancien, Tarin, Zinn, Hewson, Caldani, Th. Walter, Wolf, et vers la fin de ce siècle, Cotugno, Wrisberg, Sabatier, Prochaska, Scarpa, Malacarne, Gall, Mascagni, Chaussier, Cruikshank, Vicq-d'Azir, firent connaître successivement les différentes parties du corps de l'homme et soumirent à une description rigoureuse ses parties les plus déliées. »

« Ce même siècle vit opérer la réaction du vitalisme contre les sciences physiques et chimiques, et nous avons vu comment Bordeu et Bichat se mirent à la tête du mouvement, le réglèrent et décidèrent cette grande révolution dont le résultat fut l'introduction de la physiologie dans l'étude de l'anatomie. »

« Riches des faits que trois siècles avaient accumulés, l'anatomie put enfin se livrer à une généralisation qui seul pouvait lui donner le caractère d'une science; elle appela l'anatomie comparée à son secours, et parvint enfin à réaliser le rêve de tous les hommes à esprit transcendant qui se sont succédés depuis Aristote; la loi de l'unité de composition des corps organisés, cette loi qui, poursuivant les analogies des êtres entre eux au milieu des variations infinies de formes qu'ils présentent, nous offre la création entière comme une œuvre d'harmonie qui révèle dans chacune de ses parties, la puissance de son auteur. »

« Arrivés à la fin de cette histoire si longue et si pleine de faits, nous nous arrêtons comme effrayés par l'étendue de la tâche que nous nous étions flattés de remplir et que nous voyons maintenant ne pas convenir à notre faiblesse. Cependant, comme nous l'avons dit dans notre préface, en parcourant les annales de la science, nous avons été frappé de la part immense que les anatomistes belges ont prise à ses progrès, et nous avons voulu développer à tous les yeux ce côté brillant de notre nationalité. »

« Nous espérons qu'on excusera la faiblesse de l'œuvre en faveur du motif qui nous a porté à l'entreprendre. »

Ce volume se termine par une table bibliographique des auteurs ainsi que de leurs principaux ouvrages. Il est, en outre, orné d'un très-beau portrait de Vésale.

Si l'on préjuge la valeur de cet ouvrage d'après le 1er volume, on peut assurer d'avance qu'il sera à la hauteur du mérite et de la réputation de l'auteur, qui, par ses vastes connaissances, peut, à juste titre, être placé au nombre des médecins qui, de nos jours, honorent le plus la Belgique.

L.

—

Le roi, voulant récompenser le mérite et les talents dont M. Sotteau, médecin à l'hôpital militaire de Gand, a donné des preuves multipliées, l'a nommé chevalier de l'Ordre de Léopold. Tous nos concitoyens applaudiront à la distinction qui vient d'être accordée à ce savant médecin; on se rappelle les termes flatteurs dans lesquels notre Société de médecine a parlé de M. Sotteau à propos des instruments inventés par lui pour la staphyloraphie et pour la cure radicale des hernies inguinales réductibles.

—

Un de nos confrères, M. le docteur Phillips de Liége, vient d'obtenir une distinction bien flatteuse. L'empéreur de Russie, par un ukase en date du 27 septembre, vient de le nommer chevalier de l'ordre impérial et royal de St-Stanislas. A St-Pétersbourg M. Phillips, a fait de superbes opérations, entre autres à M. Constantinoff, à qui il a coupé 19 muscles dans les bras et l'avant-bras, et à deux petits malheureux, le frère et la sœur, qui, après avoir eu le choléra, étaient restés paralysés de tous les membres. Il leur a coupé 31 muscles à chacun. Ces opérations exécutées en présence du corps diplomatique, ont fait beaucoup de bruit.

ARCHIVES
DE LA MÉDECINE BELGE.

RAPPORT

SUR LE MÉMOIRE INTITULÉ :

DE LA DIPLOPIE UNIOCULAIRE;

Par VICTOR SZOKALSKI (1).

Messieurs,

Le mémoire que M. Szokalski adresse à la Société, est consacré à rechercher la cause d'une maladie peu commune, la diplopie unioculaire.

Le but de l'auteur est de prouver que la diplopie unioculaire dépend toujours d'un vice des organes qui constituent l'appareil optique de l'œil, et que, non-seulement, c'est une opinion peu logique, mais encore erronée, que celle qui attribue l'anomalie dont il est question, à une maladie des organes immédiats et essentiels de la vision.

L'auteur rapporte plusieurs observations très-intéressantes et très-détaillées, qu'il emprunte, en partie, à sa pratique et, en partie, à des médecins qui les ont recueillies sur eux-mêmes. L'auteur discute ces observations et se livre à des expériences très-ingénieuses, pour s'assurer que la double image ne dépend pas de la rétine, mais de l'appareil optique de l'œil.

Après avoir passé en revue les différentes opinions connues sur la diplopie unioculaire, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La diplopie unioculaire n'est jamais l'indice d'une lésion des organes immédiats de la vision, mais toujours au contraire d'un dérangement dans l'appareil de la pièce optique.

(1) MM. VAN ROOSBROECK, *rapporteur*, et F. NOLLET, *commissaire*.

2° La cause immédiate de la diplopie repose sur ce que les rayons lumineux qui entrent dans l'œil, au lieu de converger en un seul foyer, en forment deux distincts sur la rétine.

3° La cornée peut être déformée de telle manière que seule et sans aucune lésion des autres milieux réfringents de l'œil, elle peut quelquefois projeter deux foyers différents sur la rétine.

4° Nous ne sommes nullement justifié dans l'état actuel de la science, d'admettre dans le cristallin, une lésion quelconque, en vertu de laquelle la double réfraction pourrait avoir lieu.

5° Le plus souvent le déplacement relatif des deux autres réfringents de l'œil, c'est-à-dire du cristallin et de la cornée, est la cause de la diplopie unioculaire.

6° Cette anomalie de la vision se laisse modifier et quelquefois même entièrement corriger par l'emploi des lunettes.

A peine ce mémoire a-t-il paru que déjà on cherche à prouver tout juste le contraire de ce que M. Szokalski a voulu démontrer; il nous semble cependant que de tous les arguments qui lui ont été opposés, aucun n'est assez puissant pour renverser la théorie qu'il a établie.

Pour notre part nous nous rangeons entièrement de l'opinion de M. Szokalski, et nous croyons avec lui que la cause immédiate de la diplopie repose sur ce que les rayons lumineux qui entrent dans l'œil, au lieu de converger en un seul foyer en forment deux distincts sur la rétine; mais nous ne comprenons pas comment l'auteur refuse à une altération du cristallin, le pouvoir de produire le phénomène qui nous occupe. Nous pensons même que c'est par une altération des différentes couches du cristallin qu'il est possible d'expliquer la *polyplopie* dont la possibilité a été pressentie par M. Fallot lorsqu'il pose la question suivante: « En reconnaissant avec l'auteur, que la diplopie résulte de la formation de deux foyers distincts dans la rétine, ne suis-je pas fondé à dire que toute cause capable d'altérer la forme et la densité de l'une ou de l'autre des pièces qui concourent à la réfraction des rayons lumineux n'est pas seulement capable de produire la diplopie, mais une polyplopie dont l'étendue sera mesurée par le plus ou moins grand nombre d'inégalités de condensation que présentera le milieu réfringent ainsi altéré. »

Ce phénomène dont M. Fallot avait senti la possibilité se trouve réalisé chez une de mes patientes.

Mme la Douairière C..... a perdu l'œil gauche, depuis plusieurs années, par une cataracte adhérente à l'iris. Il y a bientôt quatre ans qu'elle me consulta pour son œil droit, dont la vue commençait à s'affaiblir sans qu'il me fut possible de reconnaître aucun trouble dans le système lenticulaire; cependant tous les symptômes subjectifs étant ceux de la cataracte, je lui dis que je croyais qu'une cataracte

se formait également sur l'œil droit; toutefois les progrès en furent si lents que ce n'est qu'au bout de deux ans qu'une opacité brunâtre devint sensible à mon inspection; je n'eus pas de peine à reconnaître que le cristallin en était le siége. Cette dame (qui est âgée de plus de 70 ans), quoiqu'ayant toute confiance en moi, aimait, cependant, à demander l'avis de différents médecins; chaque fois qu'elle avait eu l'occasion de parler de sa vue à quelque praticien elle me racontait l'avis qui lui avait été donné et me communiquait les prescriptions qui lui avaient été faites; j'ai pu remarquer que la plupart ont pris le mal pour une amaurose, et lui ont prescrit de la strychnine, localement ou à l'intérieur, sur mes instances elle ne fit rien, et jusqu'aujourd'hui la vue n'est pas encore abolie. Il y a, à peu près, un an et demi, que lui faisant une visite, elle me dit: « si c'est réellement une cataracte qui se forme dans mon œil, que signifie donc le phénomène que j'observe tous les soirs, chaque fois que je regarde une bougie allumée, je ne vois pas la flamme de cette bougie mais une pyramide composée de *dix-sept petites flammes séparées* qui n'ont qu'un huitième ou un dixième de la flamme naturelle, et, chose étonnante, ajouta-t-elle, du moment que je mets mes lunettes (qui sont fortement biconcaves) cette pyramide disparaît et je ne vois plus qu'une flamme unique qui a ses dimensions naturelles. Je répondis à la dame que ce phénomène loin de contrarier mon diagnostic ne faisait selon moi que le confirmer.

Je communiquai ce fait aux élèves qui fréquentent ma clinique et je leur dis que je croyais qu'il n'y avait que le cristallin, dans ses rapports avec les autres milieux réfringents de l'œil, ou par une altération dans ses différentes couches, qui put nous expliquer ce phénomène curieux. J'en fis également part à plusieurs de mes collègues et entre autres à M. Plateau, professeur de physique, qui s'occupe d'une manière toute spéciale des phénomènes physiques de la vision, et tous furent de mon avis que le phénomène ne pouvait provenir que du cristallin.

Je rapporte ce fait tout incomplet qu'il soit, parce qu'il me semble venir tout à fait à l'appui de la théorie de M. Szokalski.

La position de la dame m'empêchant de la soumettre à une foule d'expériences comme j'aurais pu faire si c'eût été un malade à l'hôpital, je n'ai pu compléter l'histoire de ce fait; je ferai cependant en sorte de la rendre aussi complète que je pourrai, et d'en donner communication à la Société.

Messieurs, le travail de M. Szokalski, nous semble être de nature à ne pouvoir manquer de fixer au plus haut degré l'attention des praticiens.

Nous avons l'honneur de vous proposer de le déposer à la bibliothèque et de conférer à l'auteur le titre de membre correspondant.

RAPPORT (1) SUR L'OUVRAGE DE M. RIEKEN

INTITULÉ :

DIE EISENHALTIGEN MINERALQUELEN ZU HAMBACH UND SCHWOLLEN IM GROSSHERZOGLICH OLDENBURGISCHEN FUERSTENTHUME BIRKENFELD.

SUR LES EAUX FERRUGINEUSES DE HAMBACH ET DE SCHWOLLEN DANS LA PRINCIPAUTÉ DE BIRKENFELD.

Messieurs,

C'est avec un véritable plaisir que nous nous chargeons de vous rendre compte de l'ouvrage remarquable que notre honorable collègue vient de vous présenter, parce qu'il nous offre en même temps l'occasion de rappeler l'attention sur une étude importante mais trop négligée par les médecins du sud de l'Europe.

Le nombre immense des sources minérales en Allemagne, en Bohême, et la variété de leur composition chimique, les puissants agents thérapeutiques qu'ils renferment, le nombre des guérisons devaient nécessairement attirer l'attention des médecins de ces contrées sur l'étude des eaux minérales. D'un autre côté, la théorie médicale, basée exclusivement sur l'inflammation, ou celle du contro-stimulus qui n'étudiait que l'emploi de la saignée ou celui de quelques remèdes héroïques, de l'opium, du tartre stibié, etc., empêchait les médecins de la France, à quelques exceptions près, de s'occuper sérieusement de l'étude des sources minérales.

C'est, en un mot, la théorie des altérations des solides qui, en s'efforçant de réduire la thérapeutique à une simplicité rendue impossible par la complication de l'organisme vivant, a le plus entravé l'étude des agents thérapeutiques. Cette théorie, malgré la mauvaise base sur laquelle elle reposait, car l'inflammation même part d'une altération du sang et non des fibres, a rendu de grands services en concentrant l'attention d'un grand nombre de médecins sur le diagnostic et l'anatomie pathologique: mais nous pensons qu'il est temps enfin de revenir à une étude plus consciencieuse de l'action des agents thérapeutiques. Nous en appellerons à l'observation des faits physiologiques pour les médecins auxquels l'expérience des praticiens les plus célèbres de tous les siècles ne suffirait pas. Combien de médecins regardent aujourd'hui l'administration des sels dits antiphlogistiques, employés par les anciens, comme inutiles dans l'inflammation. Cependant les expériences modernes ont prouvé quelle puissante influence

(1) *Commissaires,* MM. MOUREMANS et MEISSER; *rapporteur,* M. GLUGE.

ils exercent sur les qualités du sang, en diminuant la coagulabilité du principal liquide de l'organisme. Récemment encore le rapporteur de votre commission a fait de nombreuses expériences pour étudier l'effet de différents agents thérapeutiques sur l'économie animale. Ainsi, par exemple, plongez une grenouille dans une faible solution de sel ammoniac, il sera absorbé, l'animal succombera en quelques minutes, et vous trouverez le sang liquide, altéré. C'est donc en altérant la constitution chimique du sang que la mort a été amenée; car, vous le savez bien, ce sel n'exerce aucune influence directe sur le système nerveux. De tels phénomènes n'appellent-ils pas sérieusement l'attention du praticien et ne confirment-ils pas théoriquement les règles adoptées par les anciennes écoles? Mais ce qui nous a fortement étonné, c'est qu'on ait cru pouvoir désigner comme nouvelle, cette méthode des anciens, comme on l'a fait dernièrement, par exemple pour l'administration du muriate de soude dans la pneumonie chronique, c'est-à-dire dans le catarrhe chronique, dénomination plus juste pour un grand nombre de cas qualifiés du beau nom de bronchite ou de pneumonie chronique. La nature nous offre dans les eaux minérales une combinaison contenant les agents les plus puissants, comme le fer, le soufre, la soude, l'iode, le gaz carbonique; elles méritent donc toute notre attention sous le rapport thérapeutique. Mais ce sont seulement des observations nombreuses, faites sans prévention, qui pourront nous donner les indications pour l'emploi des eaux minérales. M. Rieken a pu observer et suivre, pendant vingt ans, l'effet des sources minérales, près desquelles il exerçait la médecine. C'est le résultat de ces observations qu'il nous communique dans son ouvrage.

Dans la première division de son ouvrage, l'auteur trace dans les plus grands détails l'histoire, la position géographique, la disposition géologique et botanique de la contrée dans laquelle sont situées les sources de Hambach et de Schwollen. Nous n'entrons pas dans ces détails comme moins importants, tout en rendant hommage à l'exposition consciencieuse de cette partie.

Nous dirons seulement que les sources des eaux minérales, dont l'auteur a traité, sont situées près des villages de Hambach et de Schwollen, dans la principauté de Birkenfeld, à 18 lieues allemandes de Bingen-sur-le-Rhin, à 21 de Metz. Elles sortent d'un terrain de roche grise.

Dans la seconde division, l'auteur nous donne différentes analyses de ces sources, dont nous présentons l'extrait suivant :

La source minérale de Hambach a 8,57° R.; celle de Schwollen a 9°.

Voici l'analyse de M. Kastner :

Propriétés chimiques des deux sources.

	Source de Hambach.	Source supérieure de Schwollen.
Acide carbonique se dégageant sous forme de gaz par l'ébullition.	14,20 grains ou 25,3596 pouces cubiques de Paris.	14,0 grains Près de 24,9040 pouces cubiques de Paris.
Carbonate de soude (sodique)	1,4150	1,8750
— — lithine (lithique)	0,0050	0,0225
— — barythe (barythique)	0,0005	0,0015
— — strontiane (strontique)	0,0004	0,0012
— — chaux (calcique)	1,1156	0,9925
— magnésie (magnésique)	0,3850	0,6415
— — protoxide de manganèse (manganésique)	0,0015	0,0018
— — — — fer	0,6525	0,4925
Crenate / Apocrenate } de soude	0,0125	0,0135
Sulfate de soude	0,0945	0,1465
Phosphate de soude	0,0095	0,1185
Sous phosphate d'alumine	0,0012	0,0015
Acide silicique	0,2775	0,2575
Alumine	0,0000	0,1425
Fluorure de calcium (calcique)	des traces	0,0005
Chlorure de potassium (potassique)	0,0250	0,1225
— — sodium (sodique)	0,0435	0,5115
— — lithium (lithique)	des traces	0,0010
Bromure de sodium	0,0005	0,0011
Iodure de sodium	des traces	0,0165

Dans la troisième division de son ouvrage, l'auteur examine l'application thérapeutique des eaux de Hambach et de Schwollen. Ces eaux, dit l'auteur, appartiennent aux eaux ferrugineuses qui contiennent une quantité modérée de fer et d'acide carbonique, assez combinée avec de sels pour éviter l'effet trop échauffant du fer.

Nous n'entrerons pas dans l'examen de cette proposition qui nous entraînerait à vous demander jusqu'à quel point la doctrine des correctifs reconnus par de célèbres écoles médicales peut être admise par la physiologie, question qui nécessite des recherches nouvelles et expérimentales.

Nous donnerons seulement les résultats des observations de l'auteur.

D'après lui, ces eaux, sans être astringentes, sont toniques et peuvent être supportées même par des personnes dont la digestion est lente; elles augmentent la chaleur, accélèrent la circulation et favorisent la nutrition; elles sont toniques pour le système nerveux et le système musculaire. Ces eaux conviennent particulièrement aux constitutions lymphatiques, chlorotiques, dans toutes les maladies où la faiblesse est le caractère et la cause prédominante, et spécialement dans l'hypochondrie et l'hystérie, dans les paralysies, dans le rhumatisme chronique, dans la faiblesse de la peau, caractérisée par les sueurs trop abondantes, dans les scrofules et le rachitisme, dans les faibles digestions, dans les hémorrhagies habituelles (1), dans le catarrhe des organes respiratoires, la stérilité, dans les amenorrhées, les dysmenorrhées, les leucorrhées et la gonorrhée chronique, dans la dyscrasie mercurielle.

L'auteur indique ensuite les cas où l'emploi de ces eaux serait nuisible. Tels sont les maladies aiguës, la pléthore en général, les maladies organiques du cœur, les constitutions trop irritables.

L'auteur donne enfin des règles spéciales pour l'administration de

(1) Votre rapporteur croit devoir ajouter ici une observation qu'il a eu occasion de faire dernièrement. Tout le monde connaît maintenant la disposition héréditaire, dans quelques familles, aux hémorrhagies. Ces individus sont en péril de mourir en se coupant le doigt. M. Rieken qui a communiqué des cas fort curieux d'une telle disposition héréditaire émet l'opinion, que la dyscrasie goutteuse des parents en est la cause principale, et des expériences que je viens de faire dans un tout autre but m'ont offert des phénomènes qui paraissent confirmer cette opinion. Après avoir enlevé les deux reins à des animaux je trouve constamment leur sang liquide : dans ces cas l'urée se trouve dans le sang. Or, dans la goutte ce sont précisément les éléments de l'urine qui sont sécrétés en telle abondance par les vaisseaux sanguins qu'ils se déposent des masses blanchâtres composées par de l'acide urique dans les articulations. Je m'abstiens de faire d'autres rapprochements en laissant à des analyses futures le soin d'éclairer ce point important.

ces eaux, soit sous forme de boisson, soit sous forme de bain, et il entre dans les plus grands détails sur le régime que nécessite leur usage.

Voilà, Messieurs, un aperçu succinct de l'ouvrage de notre honorable collègue. Le mémoire de M. Rieken, doit être considéré comme un des travaux les plus remarquables que possède la littérature médicale sur l'usage des eaux minérales, et nous ne doutons nullement qu'il sera accueilli avec faveur par le public médical.

RECHERCHES

SUR LA NATURE D'UN ACIDE QUI SE FORME PENDANT LA MATURITÉ DES FRUITS DES ESPÈCES DU GENRE CORYLUS, ACIDE QUI RÉSIDE PRINCIPALEMENT DANS LA CUPULE ;

Par F. G. LEROY.

La famille des cupulifères établie par Richard et composée des genres d'abord placés dans l'ancienne famille des amentacées, renferme un genre, le genre *corylus,* dont les espèces, un peu avant la maturité des fruits, présentent la cupule remplie d'un suc acide; l'acidité ne persiste point pendant tout le temps de la maturité, comme nous avons lieu de le remarquer dans la plupart des fruits charnus, tels que les pommes, les baies, les drupes succulentes, etc.; mais elle se dissipe presque complétement à l'époque où la noix se sépare spontanément de la capsule, et si alors on prend la précaution de mettre à part et dans un lieu sec une certaine quantité de cupules, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'au fur et à mesure qu'elles se dessèchent, toute trace de saveur acide disparaît; il devenait intéressant de connaître la nature de l'acide et la cause de sa disparition.

J'ai pris des cupules fraîches du *corylus avellina* au moment de leur plus grande acidité; elles ont été découpées, puis contusées dans un mortier de porcelaine, et ensuite traitées par le double de leur poids d'eau distillée; après une macération de cinq à six heures, j'ai décanté et comprimé fortement le marc; une nouvelle quantité d'eau a été versée sur le résidu et abandonnée comme la première fois : cette opération fut renouvelée jusqu'à ce que les cupules ne cédèrent plus d'acide à l'eau. Les diverses solutions obtenues ont été réunies et filtrées; le liquide filtré était clair, légèrement coloré en brun, d'une acidité agréa-

ble, rougissant fortement la teinture de tournesol; dans ce liquide j'ai versé, en léger excès, une solution d'acétate neutre de plomb, qui a produit immédiatement un précipité blanc, abondant; ce précipité recueilli sur un filtre a été lavé pour le débarrasser de l'excès de l'acétate plombique; il a été ensuite repris par une quantité suffisante d'eau pour y être tenu en suspension, à travers le sel ainsi divisé; j'ai fait passer un courant d'acide sulfhydrique. Le liquide séparé du sulfure plombique par la filtration a été mis à évaporer; le résidu de l'évaporation m'a présenté un acide tout à fait analogue à l'acide malique.

Ce point éclairci, il devenait important de savoir si l'acidité des cupules du *corylus avellina*, qui se développe pendant la maturité, est due seulement à l'acide malique, ou bien si, conjointement avec ce dernier acide, il ne se forme pas un acide volatil qui disparaît peu de temps après sa formation, comme le fait supposer la disparition de l'acidité des cupules, lorsque les fruits sont parvenus à une certaine époque de leur maturité.

En conséquence, j'ai pris une nouvelle quantité de cupules fraîches qui ont été traitées comme les premières; le liquide provenu des divers traitements a été filtré, puis versé dans une cornue munie d'un ballon tubulé, de la tubulure partait un tube recourbé plongeant dans un flacon contenant une petite quantité d'eau; le ballon était entouré de linges mouillés; dans l'intérieur se trouvait suspendu un papier de tournesol également mouillé; l'appareil étant bien luté, j'ai procédé à la distillation pour retirer les sept huitièmes du liquide; tout le temps de la distillation le papier de tournesol n'a point changé et le produit distillé qui avait une légère odeur qui rappelait bien celle des cupules fraîches, était insipide et n'avait aucune réaction acide au papier bleu de tournesol; ce qui démontre d'une manière bien évidente qu'il n'existe point d'acide libre volatil. Le résidu resté dans la cornue était franchement acide, très-coloré en brun rougeâtre; ce résidu repris par l'eau distillée et traité ensuite par une solution d'acétate plombique, m'a donné un précipité dans le même rapport que le précédent; d'après ceci il n'y a donc point à douter que l'acidité qui se développe pendant la maturité des fruits dans les cupules du *corylus avellina* est due à l'acide malique libre.

Après ces recherches il devenait important de reconnaître la cause de la disparition de l'acide malique, lui qui d'ordinaire dans les fruits qui le contiennent paraît être un des plus stables.

J'ai pris à cet effet des cupules qui provenaient des fruits parvenus à une parfaite maturité et dont l'acidité était presque entièrement disparue; je les ai placées dans un lieu sec jusqu'au mois de mai de cette année, c'est-à-dire après huit mois de récolte; ces cupules devenues sèches, ligneuses, ne présentaient plus aucune saveur acide; mâchées, elles ne donnaient d'autre saveur que celle d'un corps herbacé desséché; elles furent découpées et mises en infusion à une température de 30 à 35° à plusieurs reprises et avec deux ou trois fois leur poids d'eau distillée, pendant cinq à six heures; les diverses solutions qui étaient légèrement brunâtres furent réunies, filtrées, puis essayées par le papier bleu de tournesol qui vira faiblement au rouge; cependant le liquide ne possédait aucune saveur acide, preuve que l'acidité était très-faible; dans ce liquide j'ai versé, en léger excès, une solution d'acétate plombique, qui a donné immédiatement lieu à un précipité blanc abondant; ce précipité recueilli sur un filtre, puis lavé et repris par une quantité suffisante d'eau, a été décomposé par un courant d'acide sulfhydrique; comme précédemment, il m'a donné pour produit l'acide cité plus haut.

Désireux de connaître la base qui saturait l'acide, j'ai débarrassé de l'excès du sel plombique, le liquide dans lequel avait eu lieu la précipitation, par le sulfhydrique gazeux; le sulfure plombique formé ayant été séparé par filtration, j'ai soumis le liquide à l'évaporation, il m'a donné pour résidu un extrait brunâtre, un peu amer, attirant puissamment l'humidité de l'atmosphère; cet extrait a été placé dans une capsule de porcelaine et porté à la température rouge, qui fut maintenue jusqu'à la combustion complète des matières organiques; j'ai obtenu pour résidu un produit salin représentant environ un vingtième du poids des cupules sèches; ce produit étant encore sali par un peu de matière charbonneuse, a été redissout dans une suffisante quantité d'eau distillée; la solution filtrée, puis évaporée à siccité, m'a donné un produit d'un beau blanc, jouissant

d'une saveur alcaline très-prononcée, verdissant fortement la teinture de violette, attirant puissamment l'humidité de l'atmosphère et dégageant abondamment de l'acide carbonique par son contact avec les acides puissants; une partie de ce sel en dissolution dans l'eau, traitée par une solution d'acide tartrique, m'a donné immédiatement le précipité grenu dont tous les caractères se rapportaient au bi-tartrate potassique.

C'était donc au carbonate potassique que j'avais eu à faire.

Il est évident, d'après ces recherches, que l'acidité des cupules des espèces du genre *corylus* dans les premiers moments de la maturité des fruits, qui est due à l'acide malique libre se trouve neutralisée par de la potasse pendant la végétation.

Ces recherches paraissent avoir cette importance, qu'elles nous font voir que les cupules du genre *corylus* se rapprochent entièrement de la nature des feuilles, en effet, l'acide dans les cupules a un rôle purement passif, comme l'acide oxalique dans les feuilles de certaines espèces des genres *rumex*, *oxalis*, etc.

Tandis que dans les fruits où les acides dominent, tels que les acides malique, tartrique, citrique, acétique, etc., dans les pommes, les baies, les drupes succulentes, etc., etc., là, sous l'influence de la chaleur et de la lumière, ils sont destinés à saccharifier un principe qui se forme en même temps qu'eux.

Les recherches auxquelles je me suis livré m'ont tout naturellement porté à compléter l'analyse des cupules, mais comme cette analyse ne m'a point présenté de fait bien remarquable à signaler, je me contenterai d'énumérer les principes que j'ai reconnus et qui sont les suivants :

Chlorophylle;
Albumine;
Pectine;
Matière extractive un peu amère;
Apotème insoluble, accompagnant l'acide malique;
Acide tannique verdissant les sels de fer et de cuivre;
Acide malique libre;
Malate acide de potasse;
Acétate de potasse, etc., etc., etc.;
Ligneux.

OBSERVATIONS

DE FIÈVRES TYPHOIDES OU LA CONTAGION PARAIT AVOIR ÉTÉ ÉVIDENTE;

Par le docteur **PASQUE**, membre correspondant à Oreye.

Quand, en médecine, on a observé des faits et qu'on croit les avoir bien interprétés, on peut les publier sans crainte de rencontrer le sarcasme et le fiel de certaines célébrités médicales qui se plaisent beaucoup à révoquer en doute tout ce qui s'écarte des idées qu'elles professent. Mais, heureusement, nous sommes arrivés à une époque médicale où chacun a le droit de croire autant à ses observations qu'à celles des autres, et d'étayer son opinion sur ses faits pratiques. De tous temps les médecins, haut placés dans le monde médical, ont prétendu imposer leur expérience à ceux qui n'expérimentent pas sur une aussi grande échelle, et les traîner à la remorque de leurs théories. Ainsi, de ce que la fièvre typhoïde n'a pas encore été reconnue contagieuse à Paris, elle ne doit pas l'être en province, mais de ce qu'on l'a observée contagieuse en province, l'on ne doit pas conclure qu'elle l'est également à Paris : voilà comment raisonnent messieurs Bouillaud et Rochoux; les faits observés en province, disent-ils, sont dépourvus d'authenticité; on s'est trompé sur la maladie; ce n'était pas la fièvre typhoïde. Autant vaudrait dire que cette maladie ne règne jamais dans les campagnes. Plût à Dieu qu'elle dédaignât nos chaumières et qu'elle n'eût des priviléges que pour le luxe des capitales! Il n'en est malheureusement point ainsi, et chaque médecin en observe bon nombre de cas, chaque année, à la campagne. Pour ma part, depuis six ans que je me livre à la pratique de la médecine, j'ai eu occasion de

rencontrer souvent cette affection, et je l'ai rarement vue quitter une maison sans avoir sévi sur plusieurs membres de la famille et sans avoir fait quelques victimes chez les voisins. Dans ces cas, il est vrai, l'on ne peut pas tirer de fortes preuves en faveur de la contagion; car on ne manquera pas d'objecter que les principes délétères qui développent cette affection existaient dans l'habitation avant son explosion, et qu'ils se sont répartis sur tous les sujets disposés à la contracter : il est possible qu'il en soit ainsi quand la maladie prend naissance dans la maison et qu'elle n'y a pas été importée; mais ne peut-il pas arriver aussi que la cause se soit d'abord concentrée sur un seul sujet, et que le malade, pendant le cours de l'affection, ait établi autour de lui un foyer d'infection où d'autres membres sont venus puiser le germe du mal? Je crois que l'expérience le prouve tous les jours. N'y a-t-il pas eu contagion dans ce cas? On est forcé, je pense, de l'admettre; car si la contagion n'a pas été *immédiate*, elle a été, au moins, *médiate*.

En effet, dans les maladies réputées putrides, pestilentielles, les exhalaisons du corps, dont le sang est probablement altéré, vicient l'air ambiant et constituent, autour du malade, une atmosphère qui tient en suspension des produits de la putridité; mais les limites de cette atmosphère ne sont pas bien déterminées, quoiqu'on puisse lui assigner un rayon de deux à trois pieds. Maintenant il s'agit de savoir si c'est par la peau ou par les voies respiratoires que l'élément putride s'introduit dans le corps humain. Il est démontré qu'il passe par ces deux voies dans l'économie, mais d'une manière bien plus subtile par les poumons, où il agit directement sur l'hématose. Il résulterait donc que la contagion, lorsque la maladie n'est pas cutanée, serait plus à redouter, quand on respire cette portion d'air infecté, que lorsqu'on touche une partie du malade. Or, dans le premier cas, on peut dire que le contact a lieu avec l'affection elle-même, tandis que dans le second, il n'existe qu'avec le malade; ce qui constitue, pour moi, une grande différence. Il serait peut-être difficile de déterminer les jours de la maladie auxquels les malades commencent et cessent d'exhaler la contagion; il est presque hors de doute pourtant qu'elle marche de pair avec les symptômes de la putridité, et qu'elle s'épuise avec eux.

Dans les observations que je me propose de rapporter ici, la fièvre typhoïde ne prit naissance dans aucune des habitations où plusieurs membres de la famille furent atteints. Dans la première, elle y fut importée par un jeune homme demeurant à Liége, dans un quartier où sévissait l'affection. L'habitation de ses parents, située à la campagne, était bien aérée, et la propreté y régnait. Peut-on supposer maintenant qu'il existât dans cette maison un foyer d'agents délétères propres à développer la fièvre typhoïde chez un frère et une sœur, sept ou huit jours après qu'il fut rentré chez lui atteint de cette affection? Je crois que ce serait avoir trop de confiance dans le hasard, que de lui attribuer cette coïncidence. J'eus lieu d'observer un second cas de ce genre quelque temps après, c'est celui qui fait le sujet de ma seconde observation.

Obs. I.— Collard, Nicolas, âgé de 19 ans, tempérament lymphatico-sanguin, robuste, domestique à Liége, ressent, depuis six jours, des maux de tête, des douleurs de ventre, des lassitudes dans les membres; il a de la diarrhée et de l'inappétence depuis deux jours.

Le 6 septembre 1838, il revient chez ses parents qui habitent la commune de Crisnée.

Le 7, voici les symptômes qu'il présente : céphalalgie, face rouge; abattement des forces; tremblements des membres; langue rouge à ses bords et induite d'un mucus jaunâtre à son milieu; le pouls est développé et accéléré; la peau est sèche; les douleurs de ventre continuent; il y a eu quatre selles depuis 24 heures ; une légère épistaxis a eu lieu.

Traitement. Saignée de 12 onces; cataplasmes sur le ventre; eau d'orge acidulée.

Le 8, la céphalalgie est plus prononcée; une nouvelle épistaxis a eu lieu; le ventre est toujours douloureux; il n'y a eu que deux selles assez fétides. Le sang tiré la veille offre un caillot de volume ordinaire; ce caillot offre peu de densité, est diffluent et semble multiple, tant il est facile à diviser.

Traitement. Une nouvelle saignée est pratiquée; les autres moyens sont continués. Le sang est comme celui de la veille.

Le 9, la céphalalgie a presqu'entièrement cessé; il y a moins

de rougeur à la face; le pouls beaucoup moins développé est bien plus accéléré; la douleur du ventre est plus intense, surtout dans la fosse iliaque droite, où il y a un fort gargouillement. Il y a eu dix selles très-fétides; quinze à vingt tâches typhoïdes disparaissant à la pression se montrent autour de l'ombilic; les membres et la langue sont fort tremblants; la soif est des plus intenses.

Traitement. Cataplasmes sur l'abdomen; 8 sangsues à l'anus; boissons acidulées.

Les 10 et 11, la prostration est extrême; les selles continuent, il y a eu des rêvasseries la nuit; la stupeur est bien prononcée; le malade a le regard fixe, et ne répond que très-lentement, il lui arrive même de répéter mon interrogation.

Traitement. Cataplasmes chlorurés sur le ventre; synapismes aux extrémités inférieures; boissons acidulées.

Les 12, 13 et 14, à peu près même état. Le pouls qui n'avait pas été au-dessous de 100 dépasse 115 pulsations. Les selles sont un peu moins abondantes; le ventre est ballonné.

Traitement. Les mêmes moyens extérieurs sont continués; boissons acidulées.

Les 15 et 16, mêmes symptômes du côté du ventre, si ce n'est que le météorisme est plus prononcé; même accélération du pouls; moins de sécheresse à la langue; l'amaigrissement du malade est considérable. Il y a une telle prostration qu'il peut à peine sortir le bras du lit. Le gargouillement et les taches typhoïdes existent encore.

Traitement. Embrocations camphrées sur le ventre; potion nitrée à l'intérieur.

Le 17, même position; même traitement.

Le 18, les urines sont très-abondantes; le ventre est moins ballonné; il n'y a plus que six selles d'une fétidité extrême; la soif est moins intense.

Traitement. Mêmes prescriptions.

Les 19 et 20, trois selles par jour; il n'y a plus que quelques taches à la peau; le ventre n'est plus météorisé; il y a peu de soif; les facultés sont assez libres; le pouls est encore à peu près à 100.

Traitement. Je supprime les embrocations; mêmes boissons.

Les 21 et 22, l'amélioration se soutient.

Le 23, le malade a eu plusieurs syncopes. Le pouls est petit; la langue est pourtant humide. Plus de selles; plus de gargouillement; encore trois taches typhoïdes.

Traitement. Décoction de quinquina à l'intérieur; la soif se réveille un peu; le ventre est sans douleurs.

Le 25, plus de taches; deux selles; les facultés intellectuelles sont libres; le malade demande à manger.

Traitement. La décoction de quinquina est continuée. On donne du bouillon de poulet.

Les 26 et 27, le mieux se maintient; j'accorde plus de bouillon.

La convalescence fut très-longue; il y eut, pendant sa durée, une accélération notable dans le pouls.

Pendant que la maladie parcourait ainsi ses périodes chez ce jeune homme, un frère, âgé de 17 ans, et une sœur de 14, tombèrent malades de la même affection. Elle revêtit le même degré de gravité que chez le premier. Celui âgé de 17 ans offrit une particularité : il eut, vers le douzième jour, une selle composée de caillots de sang noir et d'un détritus puriforme. La terminaison fut également heureuse. Une voisine, épouse Denis, âgée de 38 ans, et sa fille, âgée de 12, qui fréquentaient la maison pour prêter des soins, contractèrent aussi la fièvre typhoïde.

La mère en fut victime; chez elle la maladie se montra dans toute son intensité. Elle eut pendant presque toute la durée de l'affection, un ptyalisme qui la fit beaucoup souffrir. L'autopsie me révéla dans les intestins les lésions pathologiques que l'on rencontre presque toujours après la fièvre typhoïde.

Obs. II. — Josephine Vanherk, âgée de 18 ans, tempérament nervoso-sanguin, non menstruée, servante à Liége, fréquentant la maison d'un boulanger où la fièvre typhoïde régnait, ressentait des douleurs de ventre et de la céphalalgie depuis quelques jours.

Le 12 janvier 1839, étant devenue plus malade, elle fut

obligée de retourner par la diligence chez ses parents, à Lens-sur-Geed.

Le 13, elle présentait les symptômes suivants : céphalalgie, douleurs de ventre surtout à la région iléo-cœcale, rougeur à la face, tendance au sommeil, langue rouge, soif, affaissement des forces, pouls accéléré, assez fort; il n'y a pas de diarrhée.

Traitement. Saignée de 12 onces, eau d'orge acidulée, cataplasmes sur le ventre.

Le 14, à peu près mêmes symptômes.

Traitement. Application de huit sangsues aux parties génitales.

Le 15, une forte diarrhée se déclare; le gargouillement apparaît.

Traitement. Cataplasmes sur le ventre, boissons acidulées.

Les 16 et 17, les mêmes symptômes persistent; des taches typhoïdes se montrent sur l'abdomen; il y a de la stupeur.

Les jours suivants, il y eut du météorisme. Des cataplasmes chlorurés furent appliqués sur le ventre, et l'on continua les mêmes boissons.

La maladie se prolongea jusqu'au 25, époque où la convalescence arriva.

L'habitation de cette malade était loin de réunir les conditions hygiéniques que l'on rencontrait dans celle de ma première observation; aussi ne fallut-il que quelques jours pour que deux frères et deux sœurs contractassent la même affection. Ainsi, au lieu d'un malade, j'en eus cinq à soigner. Chez tous la maladie revêtit les principaux caractères de la fièvre typhoïde. La terminaison fut toujours heureuse. Le père se ressentit également de l'influence de la maladie; il se traînait avec peine, et fut pendant quelques jours comme en état d'ivresse.

Après avoir bien suivi ces faits, et d'autres que je pourrais rapporter, mais dont le récit deviendrait fastidieux, j'ai eu la conviction que la fièvre typhoïde est contagieuse, même à un haut degré, et qu'elle peut être importée dans des localités qui, par leur situation, semblent être à l'abri de ce fléau. L'on dira peut-être que les médecins des campagnes, peu habitués à cette maladie, s'effraient vite et sonnent aussitôt l'alarme, et que

d'un petit groupe de faits ils tirent des conséquences que ne devraient exprimer que des faits recueillis sur une vaste scène: je répondrai qu'il est peut-être plus facile de juger des effets contagieux de la fièvre typhoïde à la campagne que dans les grandes villes; car, importée ordinairement de ces dernières sur un sol encore vierge de ce fléau, on peut la suivre pas à pas et compter ses victimes, tandis qu'au sein des grandes populations où les causes d'infection sont incessantes, on ne peut pas en dégager la part de la contagion, de sorte que, trouvant d'un côté une ample explication au développement de la maladie, on ne cherche pas à s'en rendre compte par la contagion : voilà, je pense, pourquoi dans les hôpitaux de Paris on ne croit pas à la propriété contagieuse de l'affection typhoïde.

Oreye, province de Liége, le 20 septembre 1840.

OBSERVATION DE PLEURÉSIE,

SUIVIE DE QUELQUES RÉFLEXIONS,

Par H. VAN BERCHEM,

Docteur en médecine et en l'art des accouchements à Willebroeck, président de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers séante à Willebroeck, membre correspondant de la Société de médecine d'Anvers, de Gand, de Bruxelles, de la Société royale des sciences, lettres et arts à Anvers.

La chose essentielle dans les maladies, et surtout dans les maladies fébriles, est de distinguer les sueurs critiques des symptomatiques ; c'est-à-dire celles qui sont produites par l'action médicatrice de la nature, de celles qui ne sont qu'un symptôme d'un état morbide.

Manuel de médecine pratique par C. W. HUFELAND. I partie, page 49.

Quand on voit un malade affecté de délire, on est porté à penser et à dire qu'il y a chez lui excitation du cerveau. Il n'en est cependant pas toujours ainsi ; et c'est aller contre les faits de dire que le délire est toujours dû à un état d'irritation et de stimulation.

Cours de pathologie interne, par M. G. ANDRAL. page 347.

Le nommé J. Sheltens, charpentier-ménuisier, âgé de 20 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, né de parents sains, et n'ayant jamais éprouvé lui-même de maladies graves, me fit demander pour lui donner mes soins. Ce jeune homme bien constitué, d'une assez grande force musculaire, avait, depuis la veille, éprouvé, sans cause connue, un mal dans le côté droit, mais tellement léger que, comptant sur une amélioration pour le lendemain, il n'avait pas jugé nécessaire de réclamer les secours de notre art : cependant ses prévisions ne se réalisèrent point, et dès le lendemain (deuxième jour de sa maladie) je le trouvai en proie aux symptômes suivants : douleur aiguë, lancinante dans le côté droit de la poitrine, augmentant à chaque inspiration, qui se fait par saccades et avec grande difficulté; respiration abdominale; impossibilité de se coucher sur le côté droit

ou sur le dos; toux sèche, douloureuse; face animée; pommettes rouges; yeux injectés; pouls accéléré, petit, concentré; soif vive; langue sèche et rougeâtre à ses bords; dégoût pour les aliments; chaleur de la peau brûlante, sèche; insomnie continuelle; le bruit de la respiration dans le poumon droit est à peine perceptible par le stéthoscope. Je prescrivis au malade une saignée de 20 onces, des boissons adoucissantes, une diète absolue, potion gommeuse édulcorée, et des cataplasmes émollients sur le côté malade. Les symptômes n'étant pas amendés le soir, je fis continuer les mêmes moyens et répéter une saignée de 15 onces: le sang de l'une et de l'autre offrait une couenne inflammatoire des plus prononcées.

A ma visite du lendemain matin il n'y avait aucun amendement notable dans les symptômes de la veille; seulement il existe une forte expectoration muqueuse mêlée de sang, et une très-forte transpiration s'est déclarée dans la nuit et subsiste encore lors de ma visite; du reste pas de changement dans les autres symptômes. Saignée de 12 onces le matin, et le soir application de 15 sangsues au côté douloureux de la poitrine; les autres moyens de la veille sont continués. Le quatrième jour de la maladie, même état que le jour précédent. Application de 12 sangsues et continuation des autres prescriptions.

Les cinquième et sixième jours, l'état du malade persistant en tous points, deux applications de sangsues, l'une de 12 et l'autre de 10, furent encore faites, indépendamment des moyens employés précédemment et continués pendant ces deux jours.

Malgré l'emploi d'un traitement aussi énergique, aucun changement notable ne se manifesta dans l'état de mon patient, et la transpiration qui s'était manifestée dès le troisième jour de la maladie, avait, depuis cette époque, persisté à tel point que, dans le cours d'une pratique de quinze ans, je puis affirmer ne pas en avoir vu une plus forte.

Le septième jour au matin encore même état: même traitement, et encore une application de 10 sangsues au point douloureux. Vers le midi on me fit demander pour me rendre précipitamment chez le malade où, à mon grand étonnement, je trouve une transformation complète de son état du matin: plus

de point de côté; la toux et l'expectoration ont entièrement disparu; la transpiration a cessé, et la peau a une chaleur naturelle; plus de fièvre; soif diminuée, seulement naturelle; désir de prendre des aliments; la respiration se fait comme dans l'état normal; le malade se couche indistinctement sur le dos et les deux côtés; face pâle; regard égaré; le malade chante dans son lit et raconte mille et une choses incohérentes, et toutes aussi ridicules unes que les autres; en un mot, tous les symptômes de pleurésie, encore si intenses il y a peu d'heures, ont disparu comme par enchantement, et ont fait place à un véritable état d'aliénation mentale.

Cet état a persisté pendant cinq jours sans être accompagné du moindre mouvement fébrile, et a cessé alors pour être, à son tour, remplacé par un état complet de guérison. Il est à observer du reste que pendant ces cinq jours d'un état véritable et permanent d'aliénation mentale, toutes les fonctions se sont faites avec la plus parfaite régularité; le malade a demandé avidement des aliments, mais n'en a cependant usé qu'avec toute la précaution que son état a réclamée; le sommeil a été calme et régulier; toutes les excrétions se sont faites comme dans l'état normal; les selles ont été naturelles; l'urine pâle et aussi abondante qu'elle doit l'être chez une personne en parfaite santé; l'état du pouls, calme, lent, régulier, a été celui d'un convalescent, et tel qu'on devait l'attendre après une maladie aussi grave que celle à laquelle le patient avait été en proie; en un mot, l'on peut dire que, sans la position mentale du malade, l'on pouvait considérer son état comme celui d'une parfaite guérison.

Réflexions.

La maladie dont je viens de tracer succinctement l'histoire et qui nous offre une pleurésie aussi franchement caractérisée qu'il est possible de la rencontrer, ne nous présente rien de particulier quant à son mode d'existence, qui est à peu près en toutes choses conforme à celui de toute pleurésie quelconque; aussi ne sera-ce pas sous ce rapport que je m'en occuperai : je me bornerai seulement à émettre quelques réflexions sur deux faits

assez insolites que nous avons remarqués dans l'histoire de la maladie du nommé J. Sheltens.

Le premier de ces faits est la transpiration qui s'est manifestée depuis le commencement de la maladie : cette forte transpiration, qui apparaît ici dès le troisième jour sans que cependant un seul des symptômes ait paru subir la moindre amélioration, est un fait assez digne de remarque; et, en effet, une transpiration abondante survenant dans le cours d'une inflammation aiguë des plèvres est un signe presque constant d'une fin prochaine et heureuse de la maladie; et soit que l'on appelle ici cette transpiration une *crise* ou une *métastase,* ou qu'on la désigne de toute autre manière, soit que l'on regarde les crises avec les anciens comme un déplacement du principe morbifique, soit qu'on les considère avec les médecins de nos jours comme un déplacement d'irritation, toujours est-il que malgré cette copieuse excrétion de sueurs la pleurésie a persisté dans toute sa vigueur, pour ne cesser qu'au moment même où cette transpiration abondante a, à son tour, fait place à un état naturel de l'organe cutané, comme si la pleurésie et la transpiration étaient dans cette circonstance mutuellement enchaînées à une seule et même cause.

Ce fait me paraît prouver combien l'on doit, dans certains cas, se mettre en garde contre de prétendues *crises* ou *métastases* qui apparaissent dans le cours des maladies : ce n'est pas que je veuille dire que dans le cas qui nous occupe, ou dans d'autres analogues, il ne faille y prêter aucune attention, car je pense, au contraire, qu'il était certes en cette occasion du devoir du médecin d'entretenir, par tous les moyens convenables, l'irritation de la peau pour empêcher que celle-ci ne se reportât vers la plèvre; seulement je signale ce fait pour que nous ne comptions pas trop sur l'apparition d'un pareil événement, et que tout en cherchant à aider la nature dans ses efforts pour révulser la maladie sur des parties moins nobles, nous ne négligions pas entretemps les autres moyens à opposer à la maladie primitive, comme je crois l'avoir fait dans le cas actuel.

Il est une seconde réflexion à faire touchant la maladie que je viens de rélater : elle se rattache également à la théorie des

métastases, et se présente en quelque sorte dans un sens inverse à celle que je viens de faire; je veux parler du délire survenu à la fin de la maladie et de la coïncidence de son apparition avec la disparition subite de tous les symptômes de la pleurésie. Ce fait, qui me paraît pour le moins aussi important que celui que je viens d'examiner, me paraît principalement soulever les questions suivantes : Pouvait-on dire dans ce cas que le délire survenu était une métastase, ou, si l'on préfère, un déplacement d'irritation? Devait-on attribuer à son apparition, si tant est qu'on l'admette, la cessation de tous les symptômes de la pleurésie? L'affection du cerveau était-elle bien une irritation, ou de quelle nature était-elle? Par quels motifs, enfin, les symptômes de la pleurésie ont-ils si subitement disparu? Ces questions soulèvent des points de pratique essentiels, touchant lesquels je hasarderai en peu de mots quelques réflexions.

Le sens le plus général que l'on attache au mot de *métastase* est :

1° Celui de déplacer l'irritation d'un point donné à un autre point, comme dans une gastro-entérite, une pneumonie, une encéphalite, etc.;

2° Celui de déplacer également d'un point à un autre un principe morbifique, tel que dans les dartres, la gale, la syphilis, la variole, etc.;

3° Enfin celui de déplacer d'un point à un autre un fluide sécrétoire, tel que lorsqu'une péritonite éclate à la suite d'une suppression de la sécrétion du lait; lorsque la sérosité d'une hydropisie s'échappe par les selles, les urines ou la transpiration; lorsque le pus d'un abcès est résorbé et évacué par les selles ou par les urines, etc.

Or faisant au cas qui nous occupe l'application du premier genre des trois métastases que nous venons d'énumérer, comme étant le seul admissible dans l'espèce, peut-on raisonnablement dire qu'il y a eu ici *métastase?* en d'autres termes, peut-on dire qu'il y a eu déplacement d'irritation des plèvres au cerveau ou à ses enveloppes; en un mot, y a-t-il eu irritation encéphalique? Certainement non, car si une irritation encéphalique avait été de nature à occasionner le délire, elle nous aurait certes fait

reconnaître bien d'autres signes de son existence, et c'est ainsi que le délire aurait, dans ce cas, été accompagné de douleurs de tête, de chaleur et rougeur de la face, de l'injection des yeux, d'insomnie, de fièvre plus ou moins forte, de chaleur de la peau, etc., etc.; eh bien! pas un seul de ces symptômes, ni aucun autre appartenant à cette série n'est venu se déclarer, et l'on peut certes, dès lors, affirmer qu'il n'y a pas eu d'irritation encéphalique : du moment donc qu'il est clair qu'il n'y a pas eu d'irritation encéphalique, il ne peut certainement pas y avoir eu de déplacement d'irritation de la plèvre au cerveau, et par conséquent il n'y a pas eu de métastase.

Voici comment il me paraît plus raisonnable et plus conforme aux principes de la physiologie d'expliquer ce qui a eu lieu ici : la pleurésie a cédé chez mon malade au traitement énergique qui a été employé et le délire qui est survenu à la suite de l'inflammation des plèvres loin d'avoir été le résultat d'une congestion trop active vers le cerveau, n'a au contraire eu lieu que parce que trop peu de sang, n'y déterminant qu'une excitation insuffisante, a ainsi provoqué les troubles qui se sont manifestés dans cet organe; enfin il y a eu, si je puis m'exprimer ainsi, *délire apyrétique, délire froid, délire,* en un mot, *par défaut d'excitation cérébrale;* cette explication me paraît encore beaucoup plus péremptoire lorsque l'on considère les grandes déplétions sanguines qui ont été pratiquées chez mon malade; enfin il est encore un autre argument qui milite fortement en faveur de cette explication, c'est que le délire a diminué et cessé au fur et à mesure que le malade a repris des aliments pour réparer les forces que sa maladie m'avait forcé de lui faire perdre.

On m'objectera peut-être qu'il y a eu réellement encéphalite chez le sujet de mon observation, mais que celle-ci a existé à un faible degré et n'a pas été au point de produire une fièvre violente, l'injection des yeux, la chaleur et la rougeur de la face, parce que le malade se trouvait dans un tel affaisement de forces par suite des pertes abondantes de sang et d'une excessive transpiration qu'il n'était plus possible au cerveau de réagir suffisamment pour provoquer ces divers symptômes : singulier raisonnement que celui qui accorde à un cerveau malade la faculté

de produire le délire et ne lui accorde par la force de manifester un seul autre symptôme de son état pathologique! une pareille objection me paraît si peu soutenable qu'il suffit de la signaler pour la réfuter, et qu'il est permis de douter que l'on pourrait sérieusement la faire. Si cependant une pareille objection pouvait être faite au sérieux il suffirait de trois mots pour la combattre; et en effet les symptômes d'une maladie quelconque ne sont-ils pas pour nous la seule manifestation de son existence? le délire seul, sans être accompagné d'aucun autre symptôme de la plus légère irritation, a-t-il jamais pu constituer une encéphalite? avant que le cerveau soit malade au point de produire le délire ne devrait-il pas préalablement faire connaître son état pathologique par une infinité d'autres symptômes précurseurs tels que nous les trouvons décrits dans les cadres de tous les nosologistes? s'il était permis d'isoler ainsi un symptôme d'une affection morbide quelconque pour proclamer l'existence de celle-ci ne serait-on pas en droit de dire avec le même fondement qu'une toux constitue une pneumonie, qu'une douleur dans une articulation constitue une arthrite, que le désir tant soit peu prononcé de boire constitue une gastro-entérite?....

Je pense donc qu'il ne peut y avoir de doute à cet égard et que le délire loin d'être dans ce cas le résultat d'une inflammation du centre nerveux, n'était, comme je l'ai dit, qu'un *délire par défaut d'excitation cérébrale;* d'où je tire cette conséquence pratique que tout délire, dans le courant ou à la suite des maladies inflammatoires aiguës, n'étant pas toujours un symptôme d'encéphalite, il doit nécessairement en résulter que dans de pareils cas non-seulement les saignées soit générales soit locales ne sauraient être utiles pour combattre le délire, mais qu'elles serviraient même à hâter la mort du malade, et qu'il convient même souvent d'y substituer une médication tout à fait opposée.

Je n'ai qu'un mot à ajouter touchant la cessation si subite de tous les symptômes pleurétiques : cette terminaison, il est vrai, ne nous est pas aussi habituelle que bien d'autres, qui, le plus souvent, ont lieu d'une manière lente et graduelle; mais l'on conçoit cependant parfaitement bien que, de même qu'une infinité d'autres maladies cèdent quelquefois assez subitement aux moyens





cette prompte disparition des symptômes, quand ce délire s'est montré, engagent l'auteur, et c'est là qu'on reconnaît le véritable praticien, dans quelques réflexions.

Le premier de ces symptômes lui permet de parler des crises, qu'il nous montre bien moins fréquentes que les anciens ne le croyaient; aussi nous engage-t-il à ne pas y croire trop facilement, tout en ne contrariant pas la nature dans ses efforts pour parvenir à la guérison. Les abondantes sueurs ne sont pas rares, même dès le début, dans les maladies aiguës de poitrine, et plusieurs fois nous les avons vues persister jusqu'à la convalescence qui n'en était nullement hâtée, et c'est surtout vers certaines époques et sous l'influence de ces constitutions médicales, auxquelles sont dues les épidémies de grippe, que nous avons pu faire ces remarques.

Les métastases, que nous rappelle l'autre phénomène si remarquable présenté par le malade, ne sont pas moins bien appréciées par l'auteur, qui croit cependant que le délire n'était pas dû à un déplacement de l'irritation sur le cerveau, mais uniquement à un défaut d'excitation de cet organe; opinion que nous partageons entièrement. Nous trouvons dans Gilibert (*Adrers. med., obs.* v) un cas tout à fait pareil où le délire est aussi attribué à l'inanition.

Nous croyons devoir ajouter que le délire peut, jusqu'à un certain point, expliquer le brusque silence des autres symptômes, que le raisonnement vicieux du malade lui a fait perdre de vue.

En résumé, ce travail nous prouve que l'auteur doit être compté parmi les médecins judicieux; aussi nous vous engageons à le comprendre dans le nombre de vos membres correspondants et à insérer son mémoire dans vos Annales.

Anvers, le 1er octobre 1840.

OBSERVATION

D'UNE

OPÉRATION D'UN BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE;

Par F. L. VAN CAMP, membre effectif.

Me rendant un jour à la commune de Wilryck (province d'Anvers), je fus vivement surpris de voir sur cette route, parmi

un grand nombre d'enfants, la nommée Catherine Schrou, âgée de huit ans, atteinte d'un bec-de-lièvre double. Ce vice de conformation rendait l'aspect de cette jeune fille hideux et repoussant. Le contraste était d'autant plus frappant que tous les autres enfants avec lesquels elle s'amusait présentaient indistinctement de ces figures riantes dont nos campagnes abondent.

Ce qui rendait ce bec-de-lièvre si hideux (voyez planche 1re), c'étaient les deux dents canines très-longues dirigées obliquement de gauche à droite; elles étaient à découvert et dépassaient de beaucoup les autres qui, en général, débordaient à peine les alvéoles. Ajoutez à cela la fente du côté droit qui s'étendait jusque dans la fosse nasale du même côté, et un mamelon sphérique très-gros qui, divisant la lèvre supérieure en deux, était entièrement adhérent aux gencives.

Opération. — Aidé par mon ami et collègue M. Van Devyver, je commençai d'abord par aviver, au moyen d'un bistouri, les deux bords du mamelon que je détachai immédiatement après des gencives. Je pratiquai la même opération sur les deux bords libres de la lèvre supérieure au moyen des ciseaux de Dubois.

Je dois observer ici que le mamelon s'était tellement dégorgé quelques minutes après l'avoir détaché des gencives que, contrairement à mon attente, je pus facilement l'allonger jusqu'au niveau de la partie la plus déclive des deux bords latéraux.

Pansement. — Pour réunir les plaies j'ai dû appliquer quatre aiguilles en argent. La première, inférieure, introduite à quelques lignes de la division de la lèvre supérieure du côté gauche traversa ensuite de part en part, transversalement, la partie la plus déclive du mamelon que je fis sortir à quelques lignes du bord libre du côté droit. La seconde fut placée de la même manière et un peu au-dessus. Les deux autres, l'une à droite et l'autre à gauche vers la partie supérieure de chaque fente. Des fils cirés appliqués en forme de 8 de chiffre sur chaque aiguille, quelques petites compresses, une bande étroite, roulée à deux globes, et une mentonnière complétèrent l'appareil de pansement.

Pour prévenir la réunion de la face postérieure du mamelon détaché avec les gencives j'eus soin de placer entre ces parties un morceau de linge enduit de cérat.

La dernière aiguille fut ôtée le septième jour, et la guérison fut complète le quinzième.

Réflexions. — Par ce que j'ai éprouvé au premier aspect de cette jeune fille, j'ai pu juger, en quelque sorte, de l'effet que l'impression d'un être aussi hideux peut produire sur le physique et le moral d'une femme enceinte et sur le fruit qu'elle porte dans son sein.

Bien que les physiologistes soient loin d'être d'accord sur la formation de ces difformités, il ne me répugne pas entièrement d'admettre que l'imagination vivement frappée puisse avoir été une cause puissante dans la formation du bec-de-lièvre chez la petite fille qui fait le sujet de mon observation. Vers le deuxième mois de la grossesse de la femme Schrou son mari lui fit des reproches à cause de l'attachement excessif qu'elle témoignait à une jeune chèvre qui fut constamment auprès d'elle. A ce sujet une altercation très-vive et inconvenante eut lieu entre les époux, et force fut à la femme de se dessaisir de son animal favori. Depuis lors elle fut très-inquiète sur le sort du nouvel être auquel elle devait donner le jour. Elle s'imaginait qu'elle s'accoucherait d'un monstre. Tel fut le récit qu'elle m'a communiqué et malheureusement ses pressentiments sont venus se réaliser.

Un cas isolé ne peut faire autorité en matière de sciences. Cependant je puis en citer encore deux autres que j'ai notés dans ma pratique civile, et qui viendront, en quelque sorte, corroborer l'opinion que j'ai émise plus haut.

Mme P., enceinte de son troisième enfant, se promenait le soir avec son mari lorsqu'elle fut fortement saisie d'un grand chien qui lui courut sur les jambes. De retour chez elle un léger accès nerveux se déclara. Je le combattis par une potion antispasmodique et la gestation ne fut pas troublée, quoique cette scène se soit souvent reproduite dans son imagination. A peine fut-elle accouchée qu'elle demanda avec instance et anxiété si son enfant n'avait rien aux jambes. En effet une tache brunâtre de la grandeur d'une pièce de cinq francs, couverte de petits poils en forme de duvet siégeait à la jambe gauche.

L'épouse M. étant allée voir, au commencement de sa première grossesse, un membre de sa famille qui se trouvait à bord

d'un navire de nos bassins, s'effraya d'un grand singe, et pour ne pas le voir elle appliqua machinalement sa main sur l'œil gauche (notez qu'elle est borgne). Lorsque son enfant vint au monde on vit au pourtour de l'œil gauche des taches rouges qui avaient la forme d'impressions digitales.

Elle m'a avoué après qu'elle a eu souvent des craintes que son enfant ne présentât des difformités qui eussent de l'analogie avec l'une ou l'autre partie d'un singe.

Je me borne à citer ces trois exemples et je renvoie celui qui veut en trouver de bien plus extraordinaires à l'article *imagination* et *monstruosité* du *Grand Dictionnaire des sciences médicales*, ainsi qu'à l'*Histoire de la génération* par Grimaux de Caux et Martin-Saint-Ange (1).

De ce que je viens d'avancer on ne doit pas conclure que j'admette que l'imagination vivement frappée soit toujours une cause de difformité, je pense seulement qu'elle peut y contribuer dans certaines circonstances.

Publier aujourd'hui une observation d'une opération de bec-de-lièvre double ne peut certes offrir que peu d'intérêt depuis que nous connaissons plusieurs cas intéressants d'autoplastie, et entre autres l'observation qui a pour titre : *Restauration de la face, etc.*, présentée à la Société de médecine de Gand par le professeur Burggraeve (2). Je m'y suis déterminé dans le seul but de montrer le succès que j'ai obtenu à ceux qui avaient jugé la difformité au-dessus de toutes les ressources de l'art (voyez planche 2).

Anvers, ce 30 septembre 1840.

Rapport sur l'observation qui précède (3).

L'observation qui précède est celle d'un bec-de-lièvre double opéré par M. le docteur Van Camp, d'après le procédé ordinaire, chez un en-

(1) Bruxelles, Société encyclographique, 1838, in-4°.
(2) *Annales de la Société de médecine de Gand*. 1839.
(3) *Commissaires :* MM. LEVA et KOYEN, et GOOSSENS, *rapporteur*.

fant de huit ans. Quoique le succès complet dont fut suivi ce cas, que d'autres personnes de l'art avaient jugé incurable, le rende déjà intéressant, l'auteur n'aurait cependant pas songé à vous le communiquer s'il n'y avait vu une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion qui attribue les vices de conformation à l'imagination de la mère. En effet il nous parle d'une vive altercation qui a eu lieu vers le deuxième mois de sa grossesse entre la mère et le mari, au sujet d'une jeune chèvre, altercation qui aurait causé, pendant tout le temps de la grossesse, une vive impression sur le moral de cette femme.

Sans insister sur ce qu'il y a de vague dans la plupart de ces histoires qu'on a faites de tout temps sur la puissance de l'imagination, sur le peu de rapport qu'il y a entre une chèvre et un bec-de-lièvre, je demanderai à l'auteur s'il n'aime pas mieux se rallier à la théorie des arrêts de développement. Certes cette théorie a été faussée bien des fois quand on a voulu l'appliquer à tous les cas de monstruosité et journellement on voit des vices de conformation (le pied-bot, l'anencéphale) qui s'expliquent plus naturellement par des maladies auxquelles le fœtus est aussi bien sujet que l'enfant hors du sein de la mère. Mais pour le bec-de-lièvre quelle maladie pourrait produire constamment cette fente toujours vers la même place, toujours dans la même direction? Ne savons-nous pas que les os intermaxillaires se développent par des points séparés des os maxillaires supérieurs et que quelquefois la réunion de ces deux os ne s'opère pas, ou seulement incomplétement, ainsi que le prouvent des crânes d'enfants et de fœtus déposés par M. Breschet au musée Dupuytren, ainsi que vient encore le confirmer cet embryon de deux mois et demi sur lequel MM. Moreau, H. Cloquet et Salmade firent un rapport à l'Académie de médecine, en 1825, et chez lequel la lèvre présentait la même fente.

Si cette théorie, assez connue pour me dispenser d'y insister davantage, me paraît suffisamment rendre compte du bec-de-lièvre, je ne veux cependant pas nier en thèse générale l'influence nuisible de l'imagination sur le fruit de la gestation, surtout vers les premiers mois. J'admets volontiers que des inquiétudes continuelles de la mère, qui déjà sont nuisibles à sa propre santé, peuvent de même influencer fâcheusement la nutrition du fœtus; aussi rendrait-on aux personnes enceintes un grand service si on pouvait parvenir à bannir de leur esprit cette croyance aux effets de l'imagination, et celle-ci a, à mon avis, bien moins d'effet que les inquiétudes qui en sont la suite.

L'observation de M. Van Camp est au reste bien écrite et figurera avec avantage dans nos Annales.

Anvers, le 2 octobre 1840.

MÉMOIRE

SUR QUELQUES MODIFICATIONS A APPORTER AU BANDAGE AMIDONNÉ DU PROFESSEUR SEUTIN.

Par le docteur P. J. VANMEERBEECK (de Malines).

« Voilà des travaux que j'ai suscités en posant
» des principes nouveaux qui leur ont servi de
» base; voilà des perfectionnements qui se sont
» appuyés sur ma méthode. . . . . »

Paroles de M. Seutin dans sa lettre à la Gazette médicale de Paris, 1er décembre 1838.

DEUXIÈME ARTICLE.

BANDAGE AMIDONNÉ BIVALVE, SANS INCISION, SIMPLIFIÉ.

En continuant mes recherches sur la manière de confectionner un bandage amidonné bivalve, sans recourir à l'incision du linge; en faisant l'application de celui que j'ai proposé dans mon précédent article, dans divers hôpitaux sous les yeux de plusieurs chirurgiens distingués, je ne tardai pas à m'apercevoir qu'il présentait deux imperfections assez graves : la première, qu'en général son application est plus difficile, que celle du bandage amidonné ordinaire; la seconde que, chaque fois qu'il fallait l'appliquer sur un membre qui n'était pas parfaitement cylindrique (la jambe par exemple), l'inflexibilité des baguettes en acier, qui ne s'accommodaient pas à la conformation générale du membre, ni aux différentes saillies ou dépressions qu'il pouvait présenter, était cause que la compression douce, *passive*, uniforme, que doit produire le bandage amidonné ne s'obtenait pas; qu'au contraire, on courrait le risque de faire une compression inégale, trop forte dans certains endroits, trop faible dans d'autres.

Il fallait obvier à ces inconvénients, si l'on ne voulait voir

périr le nouveau procédé dès sa naissance. Je songeai d'abord à remplacer les baguettes inflexibles en acier par des baguettes en baleine; celles-ci étant flexibles et élastiques devaient mieux s'accommoder à la conformation des parties. J'essayai cette modification, mais je trouvai bientôt qu'en voulant éviter un inconvénient, je ne faisais qu'augmenter l'autre; en effet, les baguettes en baleine rendent l'application du bandage infiniment plus difficile; il faut une main habile et des aides très-exercés pour pouvoir l'appliquer d'une manière convenable; or, un bandage d'application journalière doit être à la portée du premier praticien venu, et non pas être réservé à un petit nombre de gens plus exercés.

Cette réflexion me fit totalement abandonner cette manière de faire; et, en faisant des recherches ultérieures, je trouvai la modification suivante, qui réunit tous les avantages du bandage amidonné ordinaire, sans présenter ni l'une ni l'autre des imperfections de mon premier procédé. Bien plus, le nouveau bandage bivalve est plus simple, il exige moins de linge, moins de pièces d'appareil, et moins de savoir faire dans son application que le bandage amidonné ordinaire.

On va en juger.

Trois pièces d'appareil suffisent pour sa confection, savoir :

1° Une couche de bandelettes de Scultet;

2° Deux attelles de carton;

3° Une bande roulée.

Les baguettes en acier, de mon précédent procédé, deviennent tout à fait inutiles.

L'unique soin que réclame son application c'est que les attelles de carton soient *forts, secs, et que, réunies, elles présentent la forme exacte du membre.* J'ai déjà indiqué ailleurs (1), comment on obtenait ces cartons secs, présentant la forme du membre; je crois cependant utile de le rappeler ici. D'ailleurs cette répétition est indispensable pour bien faire comprendre la manière dont on se comportera dans le traitement d'une fracture par le bandage amidonné bivalve, depuis le moment de l'accident jusqu'à la guérison complète.

(1) Thèse citée.

Voici comment on procède à son application :

1° On commence par entourer le membre fracturé d'une couche de bandelettes de Scultet, *à la manière ordinaire;* ces bandelettes se recouvriront les unes les autres dans les 2/3 de leur largeur, cette imbrication peut se faire de bas en haut ou de haut en bas à volonté; plus les bandelettes se recouvriront mutuellement, plus la couche de linge qui se trouvera entre les attelles de carton et le membre sera épaisse, et d'autant mieux elle protégera les parties molles.

2° Immédiatement au-dessus de cette couche de bandelettes de Scultet, on dispose de chaque côté du membre une attelle de fort carton *mouillé.* La confection de ces attelles demande un soin particulier; elles doivent être taillées de telle sorte, qu'elles enveloppent exactement le membre, en ne laissant entr'elles qu'un demi-pouce d'intervalle, à la partie antérieure et postérieure de celui-ci. Cet intervalle, à la partie antérieure surtout, doit être le même dans toute la longueur du membre, c'est-à-dire que les bords des attelles, qui le forment, doivent être parallèles dans toute leur étendue. Cette précaution est indispensable.

3° Au-dessus des attelles en carton on applique une bande roulée, si le membre peut être soulevé, sinon on aura recours à une nouvelle couche de bandelettes de Scultet, toujours appliquées suivant la manière ordinaire; cette deuxième couche de bandelettes n'est que provisoire.

Si l'on a fait usage de la bande roulée on pourrait à la rigueur s'en tenir là, ce pansement étant suffisant pour maintenir la fracture réduite; cependant, pour plus de sûreté (et ceci devient indispensable quand on s'est servi d'une seconde couche de bandelettes) il convient d'y ajouter, *jusqu'à la dessiccation des attelles en carton,* des fanons, un drap-fanon, des liens, etc., ou bien encore on peut envelopper le membre fracturé d'une ancienne coque bivalve, assez spacieuse pour le contenir.

Comme on le voit, ce premier pansement n'offre rien de particulier, rien qui ne soit connu de tout le monde; c'est le pansement ordinaire des fractures suivant la méthode de M. Seutin, à l'amidon près; c'est le pansement des fractures, tel que l'em-

ploie journellement M. Sommé, chirurgien en chef de l'hôpital Ste.-Elisabeth d'Anvers.

Il s'agit maintenant de rendre ce bandage :

1° Solide, comme le bandage amidonné ordinaire,

2° Bivalve sans inciser les bandelettes.

Pour obtenir ces deux conditions, on se conduira de la manière suivante : le lendemain du premier pansement, alors que les attelles sont *desséchées* et qu'elles ont pris *exactement la forme du membre*, on démolit tout à fait le bandage; on enlève les liens, les fanons, etc., si l'on en a fait usage; on déroule la bande roulée ou bien l'on déplie la couche superficielle des bandelettes, si c'est à leur emploi qu'on a eu recours; on détache des deux côtés les attelles de carton en leur imprimant un mouvement de bascule sur leur bord postérieur, et on les pose sans les déranger des deux côtés du membre; enfin, sur elles on déploie avec soin et d'après leur ordre de superposition les bandelettes de la couche profonde. Le membre est à découvert. On l'examine. Cet examen fini, on prend des deux côtés les attelles de carton et on leur imprime un mouvement de bascule inverse de celui qu'on leur avait d'abord imprimé; de cette manière elles se trouvent remises dans leur place primitive des deux côtés du membre. Le résultat de ce replacement est, que les bandelettes de Scultet, qui recouvraient les attelles de carton, se trouvent en même temps remises en leur place respective, et qu'elles entourent le membre dans toute sa surface recouverte par les attelles. Il ne reste à nu que la partie correspondante à l'intervalle antérieur que laissent celles-ci entr'elles. Là se trouvent réunies les extrémités des bandelettes. Ces extrémités, au lieu d'être croisées, comme elles l'étaient la veille, seront *réfléchies sur le bord antérieur des attelles de carton*, que les aides chargés de l'extension et de la contre extension maintiendront fixées contre le membre. c'est le chirurgien et son principal aide qui s'occupent de cette réflexion des bandelettes; pour cela saisissant, chacun de son côté et simultanément, les extrémités opposées de chacune d'elles ils les tirent à soi, jusqu'à ce que la bandelette produise une compression convenable, et ensuite les réfléchissent sur le bord de l'attelle, à la face externe de laquelle elles resteront accolées

à l'aide de l'amidon, dont on aura eu soin de recouvrir préalablement cette face.

Le bandage bivalve est constitué; il est résistant et maintient solidement les fragments; il ne s'agit plus que d'empêcher les valves de se disjoindre, en un mot, il faut le fermer. Pour cela, la troisième pièce de l'appareil définitif, la bande roulée, suffit; il ne sera plus nécessaire de recourir à la deuxième couche provisoire de bandelettes, comme le premier jour, parce que, dans tous les cas, le membre pourra être soulevé, les attelles de cartons secs empêchant tout ébranlement des fragments. Cette bande roulée devra être enduite d'amidon, si l'on veut que le blessé jouisse des avantages de la déambulation, à laquelle il pourra se livrer quelques heures après l'application du bandage, le peu d'amidon employé se desséchant assez vite.

Le bandage est terminé; il suffira pour toute la durée du traitement. A chaque fois qu'on voudra examiner le membre (et je ne puis trop répéter le conseil de le faire bien souvent, tous les deux, trois ou quatre jours), on enlèvera la bande supérieure, on écartera légèrement, l'une après l'autre, les deux valves du bandage, et on le refermera en réappliquant une nouvelle bande roulée enduite d'amidon. Quelques heures après, le bandage aura repris sa solidité primitive. On continuera ainsi jusqu'à la fin du traitement (1).

Les endroits du corps où le bandage amidonné bivalve ainsi modifié pourra être employé, sont tous ceux où il est possible de maintenir un pansement *à l'aide des bandelettes de Scultet.*

Les avantages qu'il présente sont :

1° D'être aussi simple, aussi facile à appliquer qu'aucun appareil de fractures connu;

2° De jouir de toutes les propriétés du bandage amidonné ordinaire, telles que compression et contention circulaires, régulières; solidité, légèreté, etc., etc.;

(1) Une objection m'a été faite : on a dit que l'intervalle du membre entre les deux attelles de carton, étant moins comprimé, les parties molles pouvaient s'y gonfler, et causer ainsi une espèce d'étranglement assez douloureux. C'est vrai, mais une légère couche de charpie, de coton cardé, etc., placée dans cet intervalle, prévient cet inconvénient.

3° D'offrir, comme le bandage amidonné incisé, un moule exact du membre bivalve, entourant celui-ci de tous côtés, s'opposant à tout dérangement des fragments pendant l'inspection, etc., etc.;

4° Enfin il présente de plus que celui-ci, l'économie de linge, et l'économie d'instruments destinés à inciser la coque du bandage, incision qui, quelquefois, peut présenter des difficultés.

Des avantages tels rendront, je l'espère, son usage général et détruiront peut-être les dernières préventions que beaucoup de personnes gardent encore contre le bandage amidonné, que, malgré le grand nombre de publications récentes sur ce sujet (1), elles ne cessent de confondre avec l'appareil inamovible.

Dorénavant la confusion n'est plus possible, on ne pourra plus décorer du nom d'inamovible un bandage qui s'ouvre et se ferme à volonté et qui n'a de commun avec ce dernier, que l'avantage de pouvoir servir depuis le commencement du traitement jusqu'à la guérison complète.

Malines, 15 septembre 1840.

(1) Il est des personnes qui disent qu'on écrit trop sur le bandage amidonné : elles ont raison, en ce sens que trop d'écrits sur une seule spécialité fatiguent à la fin le lecteur. Mais ceux qui écrivent, ont-ils tort ? Quand ils voient tous les jours que ce bandage n'est pas même connu dans plusieurs endroits de notre pays, quand partout, un grand nombre de praticiens le confondent avec l'appareil inamovible.

Dernièrement un chirurgien très-distingué, professeur à l'une de nos Universités, visitant l'hôpital de . . . . . , y vit un bandage amidonné *incisé;* il admira beaucoup cette coque renfermant si exactement le membre, s'ouvrant et se fermant à volonté ; et avoua franchement que lui aussi avait cru jusques-là, que le bandage amidonné était *inamovible*, qu'à cause de cela, il était très-réservé dans son usage, mais que dorénavant il n'aurait plus aucune répugnance à employer le bandage amidonné *bivalve.*

Voilà ce qui se passe journellement.—En présence de faits pareils, avons-nous tort de proclamer hautement et jusqu'à satiété peut-être, que le bandage amidonné n'est pas assez connu, *que ce n'est pas un bandage inamovible !*

ANALYSE

D'UN OUVRAGE INTITULÉ :

INCONTINENCE D'URINE ET SON TRAITEMENT RATIONNEL PAR LA MÉTHODE DES INJECTIONS ;

Par M. DEVERGIE aîné, membre correspondant (1).

L'ouvrage que nous avons sous les yeux mérite de fixer l'attention à plus d'un titre. Il traite d'une affection très-fréquente, pour le traitement de laquelle les médecins sont rarement consultés, dans la persuasion où restent les parents que cette infirmité est au-dessus des ressources de l'art, et étant portés à persévérer dans cette idée par le refus de quelques médecins de se charger de tels malades. Dans ces dernières années, on a cité quelques beaux succès, par différents modes de traitement; mais ces cas de guérison épars dans les journaux de médecine, ont l'air de se trouver là comme des exceptions.

M. Devergie, placé à la tête d'un dispensaire pour le traitement des maladies des voies urinaires, a eu l'occasion de traiter un grand nombre de malades atteints d'incontinence d'urine, et les résultats qu'il a obtenus sont très-encourageants, et nous engagent à les faire connaître dans notre pays. Le nouvel ouvrage de M. Devergie se recommande encore par le style élégant et correct qui distingue éminemment les écrits de ce médecin.

M. Devergie attribue, avec beaucoup d'autres médecins, l'incontinence d'urine au défaut de résistance du col de la vessie ; cette maladie peut être complète ou incomplète. Elle est complète, quand le sphincter de la vessie est tellement détruit ou relâché que l'orifice vésical reste ouvert, et que l'urine s'écoule continuellement, à mesure qu'elle arrive dans son réservoir, sans contraction de la vessie, exemple : la paralysie de cet organe.

Elle est incomplète, quand le col de la vessie résiste quelque temps à l'impression des liquides contenus dans la poche urinaire ; mais cependant ils sont expulsés le plus ordinairement par la contraction des fibres musculaires, sans que le malade puisse maîtriser ces évacuations, et sans que souvent il en ait la conscience.

Ce genre d'incontinence peut avoir lieu le jour et la nuit, ou pendant le sommeil seulement, ce qui constitue l'incontinence nocturne.

(1) MM. J. Koyen, F. L Van Camp, *commissaires*, et E. Henrotay, *rapporteur*.

L'incontinence d'urine peut dépendre de l'altération des tissus des organes qui servent à contenir les urines ou à les rejeter au dehors comme les vices de conformation, les plaies pénétrantes, les désorganisations, etc. Dans tous ces cas, l'incontinence d'urine n'est qu'un épiphénomène de la maladie principale. L'incontinence d'urine peut exister sans altération des organes, et elle dépend alors de la lésion des propriétés vitales des organes urinaires ou de leurs fonctions. Ce genre d'incontinence présente deux différences notables : ou elle est la conséquence d'une autre maladie et n'est que secondaire et *symptomatique*, ou elle dépend de la faiblesse locale et alors elle est *essentielle*.

L'incontinence d'urine *symptomatique* peut se présenter dans les cystites aiguës, dans les fièvres typhoïdes à la suite des commotions cérébrales, etc.

L'incontinence *essentielle* est celle que l'auteur a voulu principalement étudier dans ce travail, et c'est d'elle que nous devons surtout nous occuper.

Ce genre de maladie renferme toutes celles qui dépendent d'une faiblesse directe, primitive ou accidentelle des organes destinés à résister à l'écoulement des urines, elle est le partage de l'enfance et de la vieillesse. L'auteur entre ici dans des développements très-intéressants, mais que leur étendue ne nous permet pas de rapporter ici, il cherche à expliquer les diverses causes qui peuvent donner lieu à cette maladie, il entre dans quelques détails sur les fonctions de la vessie et rappelle les remarques faites par M. Guersent, que nous croyons devoir également reproduire :

1° La quantité d'urine rendue pendant le sommeil est, chez beaucoup d'enfants affectés ou non d'incontinence d'urine, plus considérable que pendant le jour;

2° La disproportion est quelquefois si grande que des enfants qui ne rendent que 8 à 16 onces d'urine pendant le jour, en fournissent de 30 à 40 pendant la nuit;

3° Ces enfants, réveillés six à sept fois la nuit, n'en mouillent pas moins leur lit avant leur réveil;

4° Chez ces enfants l'urine est peu saline, ne stimule que très-faiblement le besoin d'uriner et l'incontinence par conséquent est plus difficile à combattre;

5° Tous les moyens qui les fortifient ou les excitent, diminuent la quantité d'urine, tandis que tous ceux qui les relâchent, provoquent une sécrétion plus abondante de ce liquide et sont susceptibles d'augmenter la disposition à l'incontinence. Ainsi une maladie fébrile suspend l'incontinence; pendant sa durée, les urines sont colorées, plus stimulantes, il y a excitation générale. L'excitation cesse avec la ma-

ladie, la faiblesse qui en est la suite ramène l'évacuation involontaire de l'urine.

M. Devergie, passant ensuite au pronostic, n'adopte pas l'opinion de la plupart des auteurs, que l'incontinence d'urine essentielle qui ne s'est pas dissipée à l'époque de la puberté, soit constamment incurable. Il pense, au contraire, que la guérison peut en être obtenue dans la majorité des cas, par l'emploi des moyens bien dirigés. L'incontinence qui survient chez les adultes et chez les vieillards ne doit pas non plus être regardée comme incurable. Les observations que l'auteur a consignées à la fin de son ouvrage appuyent suffisamment ces assertions.

L'incontinence d'urine est, suivant l'auteur, beaucoup plus fréquente qu'on ne pourrait le penser. Pour son compte, il a traité, dans l'espace de deux ans, 42 malades qui en étaient affectés; ils se trouvent répartis dans les quatre catégories suivantes :

Enfance	sexe masculin,	8	sexe féminin,	2
Adolescence	»	9	»	3
Age mûr	»	7	»	3
Vieillesse	»	9	»	1
		—		—
		33		9

Traités au dispensaire 31, en ville 11.

Incontinence	nocturne,	38
Id.	permanente,	4

Cette infirmité provenait des causes suivantes :

Abus des alcooliques	3
Abus des femmes	3
Masturbation	1
Fièvre grave.	2
Catarrhe vésical	6
Paralysie de vessie	4
Rétrécissement du canal	8
Sommeil profond	12
Blennorrhagie	2
Irritabilité de la vessie	1

Ainsi cette maladie tantôt essentielle, tantôt symptomatique de lésion de la poche urinaire, ou du canal de l'urètre, observée dans une proportion aussi grande, dans un seul établissement de nouvelle formation, est une preuve irrécusable du grand nombre des malades atteints de cette cruelle infirmité.

Nous arrivons au chapitre capital de l'ouvrage de M. Devergie, le traitement de l'incontinence d'urine. Il ne peut, dit-il, être le même pour tous les cas, il doit subir de nombreuses modifications, suivant

les causes, les âges, la susceptibilité de l'organe malade, l'idiosyncrasie des sujets, et qui déjà varie selon les tempéraments, les divers états du moral, etc.

Il passe en revue les différentes médications préconisées avant lui, ainsi les bains froids par immersion de Dupuytren, les bains de mer d'Unterwood, les cantharides en poudre, en teinture, en vésicatoire, les toniques, la noix vomique, l'électricité et tant d'autres moyens par lesquels on a obtenu des succès, mais qui sont loin d'avoir été constants.

Dans l'appréciation des modes de traitement, l'auteur suit le même ordre que dans la description des causes de l'incontinence d'urine. L'incontinence d'urine par suite des lésions ou d'altérations de tissu des organes qui servent à contenir les urines ou à les rejeter au dehors, réclamera des moyens aussi divers que le sont les lésions et les altérations qui peuvent produire cette incontinence. Dans ces cas, le traitement devra être dirigé non contre l'incontinence, qui n'est qu'un effet, mais contre la lésion ou l'altération qui y donne lieu.

La deuxième division comprend l'incontinence sans altération des organes, dépendant seulement de la lésion des propriétés vitales des organes urinaires ou de leurs fonctions, c'est-à-dire incontinence dépendant d'une faiblesse directe, primitive ou accidentelle des organes destinés à contenir les urines ou à les rejeter au dehors. Cette division comprend l'incontinence d'urine symptomatique et l'incontinence d'urine essentielle.

L'incontinence d'urine survenant pendant le cours des maladies aiguës, compliquées d'affaiblissement du système nerveux, de stupeur, de coma, pendant les accès d'une fièvre intermittente pernicieuse, les congestions cérébrales, ne réclamera d'autre moyen que le cathétérisme; cependant, si l'incontinence persistait après la convalescence, on la ferait facilement cesser par des frictions spiritueuses, aromatiques sur la région hypogastrique au périnée, des rubéfiants légers employés instantanément au-dessus du pubis, ou promenés sur la partie interne des membres inférieurs, tels que la pommade ammoniacale de Gondret, les vésicatoires volants. Si ces moyens ne suffisaient pas, on pourrait recourir aux injections dont nous parlerons plus bas, et aux bains aromatiques. A la suite des lésions de la moelle épinière, qui consistent soit dans un ébranlement ou une commotion, soit dans une contusion ou une blessure de cet organe ou de ses enveloppes, soit encore dans une inflammation aiguë, ou plus souvent chronique d'un des points de cet appareil nerveux, il survient fréquemment, dans les parties sous-jacentes, engourdissement, paralysie complète ou incomplète, et par suite écoulement involontaire des urines. Un médecin anglais a prétendu, dans ces derniers temps,

qu'à la suite des lésions traumatiques de la colonne épinière, il survient le plus souvent une inflammation de la vessie, et non une paralysie.

Il se développe en effet, peu de temps après les lésions graves de la colonne épinière, une inflammation catarrhale de la vessie, avec issue par la sonde de flocons muqueux ou mucoso-purulents, d'urines fétides, fortement colorées; mais M. Devergie, contrairement à l'opinion du médecin anglais, attribue cette phlegmasie et cette abondante sécrétion catarrhale au séjour prolongé de l'urine dans la vessie, où elle acquiert des qualités malfaisantes, âcres et irritantes, par un séjour prolongé, et qui, par sa présence, irrite et enflamme la muqueuse avec laquelle elle est constamment en contact. L'auteur cite deux observations à l'appui de son opinion. Dans ces cas, les évacuations sanguines locales, les injections émollientes et narcotiques d'abord, puis toniques, ont paré à cet accident.

Nous arrivons au traitement de l'incontinence d'urine *essentielle, idiopathique*, *congéniale*. Le mode de traitement auquel l'auteur donne la préférence, est celui des injections. De 1835 à 1838, M. Devergie avait eu en traitement 42 malades atteints d'incontinence d'urine. Depuis cette époque jusqu'à celle de la publication de son ouvrage, il en a traité dix autres, six garçons, deux hommes, une fille et une femme, et la plupart de ces malades ont été guéris par les injections. Le point important dans ce traitement, est de surexciter suffisamment la vessie, jusqu'à déterminer de la douleur lors de l'émission des urines, d'enflammer, s'il le faut, cet organe, pour changer son mode de vitalité pervertie ou celle de son sphincter et les ramener à leur état normal.

Laissons à l'auteur le soin de décrire les différentes injections auxquelles il a eu recours.

Traitement local, *injections vésicales*.

1° *Injections cantharidées.*—Quand le canal est libre (il n'y a que les cas de rétrécissements du canal qui exigent un traitement *ad hoc* pour obtenir libre entrée), une simple sonde en argent, en étain, en caoutchouc, d'une grosseur moyenne est introduite jusque dans la vessie, pour la vider, et introduire ensuite l'injection. Dans les cas ordinaires j'injecte la première fois 48 grammes (une once et demie ou trois cuillerées) d'eau d'orge, dans laquelle j'ajoute 5 gouttes d'alcool de cantharides. L'injection est répétée, s'il est possible, deux fois le jour. On ajoute à chaque injection une goutte de teinture de cantharides et on continue ainsi jusqu'à ce qu'on obtienne une surexcitation de la vessie et de son sphincter, et une légère douleur en uri-

nant. La quantité de liquide ne dépasse jamais deux onces, afin que la vessie ne soit pas distendue et puisse retenir plus longtemps le liquide injecté.

Par ce seul moyen, j'ai obtenu la cure radicale d'incontinence d'urine chez des enfants de 13 à 14 ans, quelquefois en dix ou douze séances, et dont l'infirmité ne reconnaissait que le sommeil profond pour cause.

2° *Injections balsamiques simples.*—Elles se composent du baume de copahu depuis 4 grammes jusqu'à 32 grammes, quelquefois 48 ou 64 grammes (1 gros à 1 once, 1 once et demie ou 2 onces) tenu en suspension par un jaune d'œuf dans 48 ou 64 grammes (1 once et demie à 2 onces) d'eau d'orge, en usage quand les premières ont été insuffisantes. Il m'est arrivé souvent de débuter par celles-ci au commencement du traitement.

3° *Injections balsamiques composées.*— A la précédente ajouter, quand elle ne réussit pas, la teinture alcoolique de cantharides dont on augmente proportionnellement la dose depuis 10 gouttes jusqu'à 30 ou 40 par chaque injection.

Il est des vessies tellement inertes chez les personnes lymphatiques, les femmes surtout, que j'ai été obligé d'injecter chaque fois 64 grammes (2 onces) de baume de copahu et 8 grammes (2 gros) d'alcool cantharidé, avant d'obtenir une stimulation de la vessie suffisante pour exciter de la douleur lors de la sortie des urines.

4° *Injections vineuses astringentes.* — Elles se composent d'un vin rouge de bonne qualité dans lequel on fait bouillir du tan de chêne (cortex quercûs) 64 grammes par litre de vin ou mieux encore dans lequel on fait dissoudre tanin, de 1 à 2 grammes (18 à 36 grains) par litre de vin.

L'injection est toujours de 48 à 64 grammes (1 once et demie à 2 onces) répétée chaque jour, en la laissant séjourner le plus longtemps possible dans la vessie. Chez les femmes, on applique sur les parties sexuelles, pendant la nuit, des compresses imbibées de la même liqueur.

Par ces seules injections et par ce seul traitement local, j'ai obtenu guérison sur quatorze garçons de 11 à 14 ans, sur sept hommes de 25 à 34 ans, sur huit hommes de 35 à 55 ans, et sur quatre vieillards de 60 à 75 ans.

Chez les enfants, souvent les injections n'étaient faites que chaque deux jours, ce qui prolongeait le traitement, ce retard tenait à ce que la sonde ne pouvait être appliquée que par moi ou un confrère habitué, et que le temps manquait pour renouveler les séances chaque jour.

On sait actuellement qu'il faut, chez les enfants, surtout ceux d'un

tempérament lymphatique, attribuer l'incontinence d'urine presque exclusivement au relâchement du sphincter vésical.

Après avoir décrit le traitement qu'il adopte, l'auteur rend compte des résultats qu'il en a obtenus, et des modifications qu'il y a apportées suivant les âges.

Enfance et puberté. — M. Devergie a traité quatorze garçons au-dessous de 15 ans, un seul a guéri rien que par le séjour de la sonde dans l'urètre pendant dix minutes environ, quatre séances ont suffi : quatre ont été délivrés de cette infirmité par six injections seulement, quatre ont exigé quinze séances ; on obtenait d'abord trois ou quatre jours d'interruption dans l'incontinence nocturne, puis cinq jours, ensuite huit jours : d'autres ont exigé deux et trois mois de traitement. Dans la moitié des cas à peu près, le baume de copahu à la dose de 2 gros par injection a fait les frais de la cure ; dans l'autre moitié il a eu recours aux injections cantharidées à la dose de 5 à 25 gouttes par chaque injection ; chez un seul, l'incontinence a résisté pendant deux mois au traitement combiné des injections de copahu, de teinture de cantharides réunies, malgré l'association d'un traitement interne.

Adolescence et jeunesse.—Cinq femmes de 25 à 34 ans ont été traitées et guéries par les injections. La dose de copahu a été portée de une demi-once à une once par injection et la teinture alcoolique de 15 à 45 gouttes.

Age mûr ou viril et âge de retour — (De 36 à 65 ans). Le traitement a été le même, c'est-à-dire les injections balsamiques simples ou composées, et les excitantes ou toniques. L'auteur y a ajouté un traitement interne et externe, les causes étant plus compliquées et les accidents plus tenaces ou plus anciens.

Vieillesse. — Après 65 ans, l'incontinence d'urine pourrait être considérée comme étant au-dessus des ressources de l'art. M. Devergie la croit souvent dépendante d'une atonie générale de la vessie et de son col et conseille encore de recourir aux injections dans ces cas ; il cite des faits dans lesquels il a obtenu par les injections un plein succès chez les vieillards.

Les observations rapportées à la fin de l'ouvrage sont bien propres à faire saisir les modifications que doit subir le traitement de l'incontinence d'urine suivant les cas particuliers, mais des détails trop minutieux nous forceraient à dépasser les bornes que nous devons nous imposer.

Nous ne pensons pas d'ailleurs pouvoir, par une analyse écourtée, remplacer la lecture de l'intéressante production de M. Devergie, nous croyons avoir été utiles si ce que nous en avons dit peut engager chacun de vous à lire le Traité de l'incontinence d'urine de

M. Devergie et à essayer le mode de traitement dont il a obtenu de si beaux résultats.

Nous vous engageons à admettre cet honorable praticien au nombre de vos membres correspondants et à le prier d'entretenir avec nous des relations suivies, qui tourneront au profit de notre Société.

Anvers, le 16 octobre 1840.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

RAPPORT (1)

SUR L'OUVRAGE DU DOCTEUR SEUTIN,

MEMBRE HONORAIRE, A BRUXELLES;

AYANT POUR TITRE :

DU BANDAGE AMIDONNÉ, OU RECUEIL DE TOUTES LES PIÈCES COMPOSÉES SUR CE BANDAGE, DEPUIS SON ORIGINE JUSQU'A CE JOUR.

Depuis quelques années, de grandes améliorations ont été introduites dans la thérapeutique des fractures. L'inamovibilité, d'abord mise en pratique en France par M. Larrey, fut également préconisée par quelques praticiens de l'Allemagne, de l'Italie et de la Hollande. M. Mayor de Lausanne inventa la suspension des membres fracturés; mais la révolution la plus complète fut opérée, dans notre pays, par M. Seutin de Bruxelles. A peine ce praticien eut-il fait connaître au public médical sa nouvelle méthode de traiter les fractures par l'appareil amidonné, qu'il eut à subir le sort de tous les inventeurs; il fut assailli d'une foule de réclamations diverses. D'une part, on lui reprocha tous les inconvénients de l'inamovibilité de M. Larrey, avec laquelle on confondit sa manière de traiter. D'autre part, et non-seulement en France, où on veut avoir le mérite de toute découverte, mais même en Belgique, on lui contesta la nouveauté de sa méthode. M. Seutin répondit à toutes les objections et fit un appel aux principales sociétés médicales du pays, afin d'avoir leur opinion. C'est ainsi que, vers le mois de juin dernier, ce praticien distingué fit hommage à la Société d'un ouvrage ayant pour titre : *Du bandage amidonné ou recueil de toutes les pièces composées sur ce bandage, depuis son invention jusqu'à ce jour*, avec prière à la Société de faire connaître son opinion sur sa manière de traiter les fractures, et sur le point de savoir si l'honneur de cette méthode de thérapeutique chirurgicale peut lui être réellement attribué. Si on ne considérait, dans son appareil amidonné, que l'inamovibilité et la rareté des pansements, nous serions parfaitement de l'avis de quelques détracteurs de M. Seutin.

(1) MM. DE MEYER et BUYS *commissaires*, VERTÉ, *rapporteur*.

L'histoire de la chirurgie nous apprend en effet, que, depuis un temps immémorial, les Grecs, les Espagnols, les Arabes, etc., laissent leur appareil en place jusqu'à la fin du traitement; que dans la Turquie d'Asie, en Afrique, on se sert du bandage inamovible, en entourant le membre fracturé d'une couche de plâtre. Dans le courant du siècle dernier, Moscati et Ledran se servirent d'un appareil inamovible : « Je » proposai, dit Moscati, un moyen que j'avais médité depuis long- » temps et qui devait mettre la partie dans une espèce de moule fa- » briqué sur elle-même, en construisant, si j'ose m'exprimer ainsi, » une boîte qui embrassât l'humérus, et qui s'étendît sur la clavicule » et sur l'omoplate, afin d'assujettir tellement la partie qu'elle ne pût » faire aucun mouvement jusqu'à la parfaite consolidation des pièces » désunies. Je fis, en outre, battre beaucoup de blanc d'œuf pour y » tremper quelques-unes des pièces de cet appareil. »

Ledran employa un défensif formé de bol d'Arménie, de blanc d'œuf et de vinaigre qu'il appliqua sur l'humérus fracturé avec des compresses.

Nous remarquons dans Cheselden le passage suivant : « La planche » 8 représente un membre difforme dès la naissance; la planche B, » le bandage pour guérir cette difformité (du pied). Il se compose de » plusieurs pièces de linge imbibé d'une mixture d'œufs et de *farine*, » la première chose qu'on doit se proposer dans ce cas, est de tenir » le pied de manière à ce qu'il forme une ligne droite avec la jambe, » et il faut le maintenir dans cette position jusqu'à ce que le bandage » devienne roide. Ce point obtenu, le pied peut être ramené à sa si- » tuation naturelle par des bandages successifs. Il n'y a aucun ban- » dage qui vaille celui-là pour les jambes fracturées. »

M. Larrey ayant eu souvent l'occasion de sentir les inconvénients des fréquents pansements et du peu de solidité des appareils anciens, se servit de l'appareil inamovible, qu'il avait probablement trouvé en usage chez les Arabes, comme les rapports de MM. Sédillot et Baudens semblent l'indiquer. Cet appareil se compose de fanons ou cylindres de paille fortement serrés au moyen de ficelles, de draps fanons, de remplissages ou coussin de balle d'avoine, d'un coussin conique en étoupe, nommé talonnière; de trois compresses à six chefs séparés les uns des autres; d'une compresse longuette, nommée étrier, de la tibiale ou grande pièce de toile, coupée sur la forme de l'appareil; de liens et enfin d'un liquide résolutif, composé d'alcool camphré, d'extrait de saturne et de blanc d'œufs battus dans l'eau. Cette liqueur s'appelle étoupade. On l'applique de la même manière que l'appareil ordinaire de Scultet; mais, par l'emploi de l'étoupade, il devient complétement solide au bout de quelques heures et ne forme plus qu'une seule pièce. Les Allemands ont une autre manière de procéder. Ils se

servent ou de plâtre ou de sable mouillé. Voici le procédé de M. Dieffenbach : le membre, préalablement graissé d'huile, est placé, après réduction, dans une boîte carrée dont toutes les parties peuvent se disjoindre, et dont les surfaces intérieures sont enduites d'huile. On coule le plâtre de manière à ce qu'il enveloppe tout le membre, la partie antérieure exceptée. S'il y a plaie, un bouchon est placé en cet endroit. Dès que le plâtre est durci on enlève les différentes parties de la boîte.

M. Richter, d'après Froriep, coule cette matière en plusieurs morceaux afin de pouvoir l'enlever. M. Forster place le membre dans une caisse à moitié remplie de sable mouillé, ensuite on y ajoute du sable jusqu'au niveau de la crête tibiale; le sable est entretenu dans un état d'humidité continuelle.

Avant d'arriver à l'appareil de M. Seutin, il nous reste encore le procédé du docteur Sauter, modifié par M. Mayor, qui lui a donné le nom de *hyponarthécie*. Cet appareil se compose d'une planchette et d'un coussin destinés à recevoir le membre, de cordes et de poulies destinées à le suspendre. La planchette, large de 6 à 9 pouces, doit être de 2 à 3 pouces plus longue que le membre dans l'état sain. Un coussin de balle d'avoine sera placé sur la planche, dont il aura la longueur et la largeur. Le membre est fixé sur cet appareil au moyen de cravates. Cet appareil est modifié d'après le membre fracturé. Ainsi pour la jambe, il se sert d'une planchette qui s'étend du jarret jusqu'au delà du talon. Pour les fractures de cuisse, M. Mayor emploie ou l'hyponarthécie fémorale, composée d'une planchette allant du jarret à l'ischion, ou de l'hyponarthécie fémoro-tibiale simple, ou de l'articulée : celle-là composée d'une seule planchette de l'ischion au talon, celle-ci, d'une planchette brisée à l'endroit du jarret, et réunies au moyen de charnières, de manière à permettre l'extension ou la flexion du membre. Afin de ne pas avoir besoin d'autant de planchettes qu'il y a de fractures, M. Mayor se sert de planchettes très-courtes; la fémorale n'ayant qu'un demi-pied et la tibiale un pied. Une coulisse pratiquée dans chacune des deux planchettes, reçoit une allonge de manière à pouvoir la proportionner à la longueur du membre. Une vis de pression fixe latéralement ces allonges à la longueur voulue. Aux angles supérieurs de la planchette fémorale se trouve un trou de chaque côté, afin de pouvoir fixer l'appareil au haut de la cuisse et au bassin, au moyen d'une ceinture. Cet appareil est suspendu par des cordes fixées à la partie supérieure du lit.

M. Munaret remplace les planchettes par des gouttières en fer blanc, et, afin que le membre reste toujours suspendu horizontalement lorsque le malade se jette à droite ou à gauche, il se sert d'une

poulie qui roule sur une tringle appuyée sur deux montants en bois, fixés eux-mêmes de chaque côté du lit.

D'après la nouvelle méthode de M. Seutin, on se sert dans la thérapeutique des fractures, de colle d'amidon comme moyen d'union des pièces, et comme moyen solidifiant. Prenant pour exemple une fracture de jambe, on applique soit un simple morceau de linge, soit un appareil de Scultet ordinaire, sur le membre fracturé. Des attelles de carton avec une talonnière, enduite ou non de colle d'amidon, sont appliquées sur ce premier appareil, et par-dessus le tout une bande roulée ou des bandelettes séparées, le tout enduit d'une couche d'empois. Est-on sûr de la réduction, et ne survient-il aucun accident, on peut laisser cet appareil en place jusqu'à la parfaite guérison; mais devient-il trop large et ne maintient-il plus convenablement les parties, ou le chirurgien a-t-il conçu quelque doute sur l'état de la fracture, rien de plus facile que de le fendre au moyen de ciseaux inventés *ad hoc* par M. Seutin. Par ce moyen, on peut inspecter autant de fois la fracture qu'on le juge convenable, sans déranger le moins du monde le membre fracturé, et il suffit d'un simple ruban pour lui donner toute sa solidité première ou pour le serrer d'une manière convenable. La fracture est-elle compliquée de plaie, il suffit de pratiquer une ouverture à l'endroit correspondant à la plaie pour permettre le pansement journalier de la solution de continuité, extraire les esquilles, etc. Cet appareil est si léger et en même temps si solide que tous les mouvements sont permis, non-seulement dans le lit, mais encore la promenade en voiture ou à pied. On voit par cette description, qu'il serait inutile de donner d'une manière plus complète, puisque la méthode de M. Seutin est généralement aussi bien connue que le procédé ancien par les attelles de bois, on voit, disons-nous, qu'il n'y a aucune analogie entre cette méthode et le procédé de Cheselden, de Ledran, de Mayor, etc. La méthode de M. Larrey est celle qui se rapproche le plus de celle de notre compatriote, et encore la différence est-elle énorme, soit par l'utilité, soit pour le mode d'agir. M. Seutin a eu soin d'indiquer lui-même ces différences dans un mémoire qu'il avait l'intention de lire à l'Académie de médecine de Paris. Nous allons les reproduire en y ajoutant quelques réflexions.

Différence des deux appareils.

« 1° La méthode de M. Larrey consacre l'inamovibilité. Le bandage » amidonné est, au contraire, un bandage amovo-inamovible. »

« 2° Le bandage de M. Larrey comprime latéralement comme les » appareils de l'ancienne méthode.

» En effet, dit M. Seutin, lorsqu'on examine bien le mode d'action

» de ce bandage, on voit bientôt que ce sont les fanons qui font les
» principaux frais de la contention ; M. Larrey conseille de resserrer
» les liens, les premiers jours, pour augmenter cette action. La partie
» postérieure du bandage, représentée par une partie du drap fanon
» et la talonnière, et que M. Larrey considère volontiers comme fai-
» sant office d'attelle, lorsqu'elle est durcie par la mixture solidifiante,
» cette partie postérieure, dis-je, ne comprime que directement d'ar-
» rière en avant, de manière qu'en définitive, dans l'appareil de
» M. Larrey, on rencontre trois sens seulement, suivant lesquels
» s'exerce une compression *directe*, perpendiculairement à l'axe du
» membre, ce sont : la compression d'arrière en avant, puis celle de
» dedans en dehors, et de dehors en dedans. Nulle part on ne voit une
» tendance bien marquée vers la compression circulaire. Dans ma
» méthode, au contraire, etc. »

Nous sommes parfaitement de l'avis de M. Seutin, qu'il y a un grand avantage à comprimer le membre fracturé, dans tous les points de son étendue, c'est-à-dire circulairement, et que cette action circulaire est obtenue par sa méthode; mais l'appareil de M. Larrey nous semble présenter le même avantage. Laissons un moment de côté les fanons et le drap-fanon et nous aurons, dans le bandage de Scultet, un appareil agissant circulairement tout aussi bien que celui de M. Seutin. Cet appareil sera rendu aussi solide par le moyen de l'étoupade que par l'amidon, moins les attelles de carton. Les fanons et le drap-fanon ne sont qu'un moyen de solidité de plus, inutile, il est vrai, mais qui n'ôte rien à l'action circulaire de l'appareil à bandelettes séparées.

3° « L'appareil de M. Larrey ne donne que plus de facilité pour le
» transport des blessés. La marche ne fait pas partie de sa méthode. »
Il est bien vrai que l'avantage est ici à l'appareil de M. Seutin et que la forme et la pesanteur du bandage de M. Larrey rendront toujours la marche plus difficile, mais il n'est pas tout à fait exact de dire que M. Bérard a bien permis la marche, *mais seulement dans les fractures de jambe et vers la fin du traitement*, puisqu'on trouve dans la deuxième édition du dictionnaire de médecine, à l'article *fracture*, par MM. Cloquet et Bérard, t. XIII, p. 447. « *Dès le troisième jour*,
» plusieurs de nos malades ont pu se lever, se promener avec des
» béquilles. *Quel que soit le membre blessé*, le malade peut entre-
» prendre, en voiture, un voyage de long cours, et se trouver à son
» arrivée guéri de sa fracture. » Nous devons ajouter cependant que la déambulation n'est pas préconisée par les partisans de M. Larrey, comme méthode générale, et que par ce même article de M. Bérard, on voit qu'il est à peu près revenu à l'ancienne méthode.

4° « Le bandage de M. Larrey retient le liquide sécrété par les sur-
» faces suppurantes dans les fractures compliquées. » C'est là un des

grands désavantages de l'appareil inamovible, quoique M. Larrey soit tout à fait tranquille sur ce point. L'appareil amidonné permet l'écoulement du pus au-dehors au moyen des trous dont on le perfore. Nous devons cependant ajouter que, malgré ces trous, l'appareil amidonné n'est pas tout à fait exempt de reproche. Il se trouve encore actuellement à l'hôpital civil de notre ville, dans le service d'un de nous (M. De Meyer), un homme atteint d'une fracture comminutive de la jambe, avec suppuration si abondante, que malgré un trou pratiqué dans le bandage, vis-à-vis de la plaie, il a fallu revenir à l'ancienne méthode, tant l'appareil amidonné, imbibé de pus, répandait une odeur infecte.

5° « Sous le rapport de l'économie dans l'emploi des ingrédients qui » entrent dans la composition du bandage. » Ici l'avantage est évident. D'une part : un peu d'amidon, quelques lambeaux de vieux linge, un peu de carton ou quelques morceaux de gros papier, collés ensemble ; d'autre part : un appareil complet, des fanons, des draps fanons, des blancs d'œufs, de l'alcool camphré, etc. On voit par cette simple énumération que la différence est énorme.

6° « Sous le rapport du volume, du poids et de la forme. »

7° « Sous le rapport de la facilité et de la commodité dans l'application. »

8° « Sous le rapport de la facilité dans la démolition du bandage. » Cette facilité dans la démolition du bandage amidonné est d'autant plus grande qu'avec les ciseaux de M. Seutin on l'enlève en quelques secondes. Il y a encore un autre avantage c'est qu'après avoir été enlevé il peut servir dans d'autres cas.

9° « Sous le rapport de la facilité à se procurer les ingrédients » qui servent au bandage. » C'est surtout à la campagne et même dans les villes, dans la classe pauvre, qu'on se procurerait difficilement tous les ingrédients pour la confection du bandage de M. Larrey, comme on ne l'a que trop longtemps éprouvé pour le bandage à attelles, tandis qu'on trouve partout de l'amidon et du carton, ou quelque chose qui ait une certaine consistance. On peut même se passer très-facilement d'amidon : un peu de farine de froment, de seigle, ou autre peut facilement le remplacer.

Depuis plusieurs années on s'est servi et on se sert encore, d'abord dans la section des hommes (service de M. De Meyer), et depuis dans la section des femmes (service de M. Verté), d'un peu de farine ordinaire battue dans un peu d'eau; et les bandages deviennent même plus résistants qu'avec l'amidon.

10° « Sous le rapport de la faculté que l'on possède de changer par- » tiellement la conformation du bandage. »

11° « Sous le rapport de la mollesse que l'on peut laisser à la face

» interne du bandage sans qu'il perde pour cela de sa solidité. »

12° « Sous le rapport de la liberté que l'on a de maintenir le mem- » bre dans toutes les positions possibles, la flexion, l'extension, etc.»

Les fanons ne permettent aucun de ces mouvements dans certaines fractures.

13° « Sous le rapport de l'extension possible du bandage à toutes » les fractures. » On pourrait à la rigueur se servir de l'étoupade comme de l'amidon.

M. Velpeau se prétend l'auteur d'un procédé tout à fait nouveau pour avoir introduit dans la confection du bandage la dextrine, au lieu de l'amidon. Nous ignorons si la dextrine a réellement quelques avantages sur l'amidon si ce n'est qu'elle se dissout dans l'eau froide, tandis que pour dissoudre l'amidon il faut de l'eau chaude; mais ce que nous savons c'est que la dextrine est à peine connue et qu'on se la procure difficilement. Et d'ailleurs s'il suffit d'avoir trouvé une autre substance pour réclamer l'invention d'un procédé, le chirurgien de l'hôpital St.-Jean à Bruges, peut l'invoquer à aussi bon droit que M. Velpeau, et à plus juste titre puisqu'il sera toujours plus facile de se procurer de la farine que de la dextrine et même que de l'amidon, et que la farine peut également être employée à froid.

M. Laugier a tenté d'introduire l'usage de bandelettes de papier goudronné au lieu de linge, mais outre que le papier goudronné est difficile à se procurer, son bandage est loin d'offrir toute la solidité désirable.

Un des grands inconvénients, signalé par M. Seutin lui-même, c'est le temps que met son bandage avant de sécher. Cet inconvénient doit surtout se faire sentir dans l'armée, après une bataille, quoiqu'il soit possible d'y remédier au moyen de tuteurs provisoires. M. Lafargue a réellement le mérite d'avoir introduit une modification importante dans la confection du bandage amidonné, en ajoutant à l'amidon une certaine quantité de plâtre en poudre. De cette manière le bandage acquiert en peu d'instants toute la solidité convenable. M. Lafargue se sert de fils de fer flexibles au lieu de carton, ce qui rend son bandage beaucoup plus léger.

L'inamovibilité dans le traitement des fractures était donc connue des anciens et dans divers pays, et différentes substances étaient employées par eux pour donner à leurs appareils toute la solidité possible. Dans le courant de ce siècle ces errements ont été suivis par les praticiens les plus distingués de l'Europe et modifiés par eux, notamment par les chirurgiens allemands et français; mais, en examinant attentivement toutes ces méthodes, on est bientôt convaincu que rien d'identique au bandage amidonné de M. Seutin n'avait été trouvé jusqu'au moment où il fit connaître sa nouvelle méthode, pas même le

bandage de M. Larrey ni l'appareil *quelques fois* employé par Cheselden.

Nous jugeons que la méthode de traitement des fractures par l'appareil amidonné amovo-inamovible est une découverte utile, dont tout l'honneur de l'invention appartient à M. Seutin; que cette méthode, si elle n'est pas encore le type de la perfection, a au moins les avantages de tous les traitements connus jusqu'à ce jour, et que par elle on évite les plus grands et les plus graves inconvénients de toutes les autres, anciennes et modernes; que non-seulement elle est utile dans le traitement des fractures, mais qu'elle peut-être avantageusement mise en pratique dans une foule d'autres circonstances.

Nous avons l'honneur, messieurs, de vous proposer de voter à M. Seutin des remercîments pour l'envoi de son ouvrage et des félicitations pour le service signalé qu'il a rendu à la chirurgie par l'invention de son bandage amidonné.

Bruges, 3 Novembre 1840.

RAPPORT

SUR UN TRAVAIL DE MONSIEUR LE DOCTEUR DE MERSSEMAN, MEMBRE RÉSIDANT, RELATIF A L'ÉDUCATION PHYSIQUE DES ENFANTS (1).

Messieurs,

Vous avez soumis à notre examen un premier mémoire de M. de Mersseman sur l'éducation physique des enfants; ce travail a rapport aux *soins que l'enfant réclame lors de sa naissance.*

Notre confrère, dans quelques considérations préliminaires, fait observer avec raison que les détails sur ces soins sont plutôt du domaine de l'art des accouchements que de l'éducation physique des enfants. Mais il rappelle de suite que son but a été, avant tout, d'exposer quelques préceptes pratiques qui puissent guider les personnes éloignées des secours de l'art obstétrical, et rassurer les imaginations craintives au sujet des accidents de l'accouchement. Nous accepterons cette justification que donne notre confrère, au sujet des détails d'obstétrique par lesquels il croit devoir commencer son travail. Tout d'abord il nous a paru, comme à l'auteur lui-même, qu'il existait un

(1) *Commissaires:* MM. De Meyer, De Brouwer, et Wemaer, *rapporteur.*

certain défaut de rapport entre ces détails et le sujet auquel son mémoire est spécialement destiné. Mais c'est sciemment et en faisant de justes réserves, que l'auteur a écrit ces préliminaires qui, au premier aspect, ont l'apparence d'un hors-d'œuvre ; le but, énoncé par notre confrère, nous paraît donc légitimer l'insertion de ces préceptes d'obstétrique dans un travail auquel ils semblent tout d'abord étrangers.

Dans ce premier mémoire, M. de Mersseman passe successivement en revue les différentes circonstances de l'accouchement naturel, et indique les divers soins que chacune d'elles réclame. Ainsi, il signale la position horizontale qu'il convient de faire prendre à la femme, le danger qu'elle courrait en restant debout, en l'absence de personnes expérimentées, de même que celui que présente la position assise.

L'auteur s'occupe ensuite des soins à donner à l'enfant. Il indique la position qu'il faut lui donner aussitôt après sa sortie du sein de la mère, et les précautions à prendre à l'égard du cordon ombilical, ainsi que les soins pour favoriser le premier exercice de la respiration. Cette fonction s'exécutant d'une manière convenable, l'auteur signale le procédé pour opérer la ligature et la section du cordon ombilical, de même que les diverses précautions que cette opération réclame.

Notre confrère traite ensuite successivement des complications les plus ordinaires de l'accouchement. En premier lieu, *de l'enlacement du cordon ombilical autour du cou de l'enfant*, puis *de la non-rupture de la poche des eaux*, en troisième lieu de la *congestion sanguine ou état apoplectiforme* de l'enfant, enfin de la *mort apparente ou l'état de syncope* dans lequel il peut se trouver. Ces différentes complications sont exposées avec de longs détails, ainsi que les moyens par lesquels il faut remédier à chacune d'elles. L'auteur s'attache à donner à cet égard les indications les plus claires et les plus pratiques, et à n'exposer que les préceptes généralement reçus. Il ne signale qu'en passant les opinions et les procédés spéciaux de quelques accoucheurs, et éloigne avec raison toute discussion scientifique à cet égard.

Le travail de notre confrère est accompagné de trois dessins au crayon. Le premier représente la position qu'il faut donner à l'enfant quand il vient de naître, et l'endroit de la double ligature et de la section du cordon ombilical. Le deuxième dessin figure l'aspect de l'enfant, alors qu'il naît enveloppé de ses membranes. Enfin, le troisième dessin indique le procédé pour rompre les membranes et donner issue aux eaux de l'amnios et à l'enfant.

L'exactitude, la netteté, la délicatesse, et, disons-le en un mot, la magnificence de ces dessins, ne peuvent qu'ajouter à la valeur pratique de l'ouvrage, dont ils facilitent largement l'intelligence au lecteur.

En résumé, messieurs, cette première partie de l'ouvrage de M. de Mersseman sur l'éducation physique des enfants, nous a paru renfermer une série de données claires et d'une application facile, telles, en un mot, qu'elles doivent être pour les personnes du monde auxquels ce travail est destiné. Ces préceptes, généralement connus, il est vrai, mais puisés à de bonnes sources, celles de l'observation et de l'expérience de médecins-accoucheurs instruits et prudents, nous paraissent pouvoir être très-profitables pour l'hygiène populaire : et nous désirons vivement que la suite du travail de notre confrère sur l'éducation physique des enfants vienne compléter les instructions et les conseils que le médecin peut donner aux parents sur cet important objet, qui malheureusement est encore si négligé par la plupart d'entre eux, alors qu'il devrait faire le point le plus essentiel et le plus constant de leur sollicitude.

Bruges, le 1er octobre 1840.

HOPITAL MILITAIRE D'ANVERS.

RAPPORT

SUR

LE SERVICE DU PREMIER SEMESTRE 1840,

Par le médecin principal GOUZÉE.

Le froid joint à la sécheresse a prédominé pendant ce semestre. Cette constitution atmosphérique a surtout été remarquable par sa persistance depuis le 18 février jusqu'au 5 mai. Toutefois le froid n'a pas été rigoureux; le minimum du thermomètre exposé au nord, à l'air libre, et observé chaque jour à 9 heures du matin, à midi et à 4 heures du soir, a été de — 8°, dans la première quinzaine de janvier, et durant les deux derniers mois, l'atmosphère, presque toujours douce, n'a pas offert de chaleurs fortes ou prolongées; le thermomètre a marqué une fois + 22°, le 16 juin à midi, et ne s'est pas élevé au delà.

Voici les principaux résultats que nous ont donnés nos observations météorologiques : température moyenne du semestre tre, + 6° à 9 heures du matin, + 8° à midi et à 4 heures du soir; hauteur moyenne générale du baromètre, 28.2; les variations de l'hygromètre en général si fautives et si difficiles à constater d'une manière exacte, n'ont pas été notées; les jours pluvieux n'ont été que de un sur quatre environ, et le plus souvent encore la pluie n'était que momentanée; les vents prédominants ont été ceux du sud à l'ouest en janvier, mai et juin, et ceux du nord à l'est en février, mars et avril.

Une pareille constitution atmosphérique nous amène toujours peu de malades, mais, comme c'est l'ordinaire, ceux qui se montrent sous son influence sont atteints d'affections inflammatoires des organes de la respiration, d'autant plus graves et plus

rebelles, que la température froide et sèche est plus intense et plus prolongée. Notre contrée basse et humide devient alors le théâtre des maladies propres aux lieux élevés. Telles ont été en effet, les principales maladies régnantes pendant ce semestre; elles ont un peu diminué vers la fin, époque où ont paru des pyrexies continues ou intermittentes, qui, toutefois, n'ont été remarquables ni par leur fréquence, ni par leur intensité. Les cas de variole ont été nombreux dans les mois d'hiver et au commencement du printemps.

Avant de faire connaître le chiffre des principales maladies qui se sont présentées à notre observation, et d'en exposer les détails circonstanciés, je vais, en suivant la classification en usage, tracer le tableau général des malades reçus à l'hôpital durant ces six mois.

Maladies internes;	405
Cas chirurgicaux;	195
Ophthalmies;	15
Affections syphilitiques;	87
Éruptions psoriques;	464 (1).
Total.	1166
En y joignant les malades restant du semestre précédent, ci	177
nous avons un total de	1343 ma-

lades traités pendant ces six mois.

Le chiffre de la mortalité a été de 21; 18 de ces décès appartiennent aux fiévreux et le reste aux blessés. 10 phthisiques sont venus mourir à l'hôpital; la phthisie tuberculeuse entre donc pour la moitié environ dans le chiffre de la mortalité.

Je vais maintenant donner des notions générales sur l'ensemble des cas les plus remarquables, et esquisser à grands traits quelques faits particuliers, choisis parmi ceux qni ont offert le plus d'intérêt.

(1) Ce grand nombre d'éruptions psoriques provient des derniers et fréquents mouvements de troupes, qui ont toujours pour résultats la propagation de cette affection.

I. BRONCHITES, PLEURÉSIES, PLEURO-PNEUMONIES, PHTHISIES PULMONAIRES.

Les bronchites ont été très-nombreuses et ont souvent compliqué, à un degré plus ou moins élevé, les autres maladies.

Douze cas de pleurésie ont été soumis à notre observation. Dans les premiers mois, nous avons reçu plusieurs malades qui, à leur entrée, avaient déjà un vaste épanchement pleural. Les saignées générales répétées à de courts intervalles et les applications de ventouses scarifiées, puis un large vésicatoire, placé sur le siége même de la maladie, et longtemps entretenu en suppuration, en ont triomphé, si ce n'est chez un malade atteint de pleuro-péricardite chronique, qui a succombé. Chez un malade qui avait offert un épanchement considérable à droite, la paroi correspondante de la poitrine s'est très-sensiblement affaissée, antérieurement, dans ses deux tiers supérieurs; la résonnance et l'expansion pulmonaire sont restées constamment un peu obscures de ce côté, qui n'offrait plus qu'une incomplète dilatation dans le mouvement inspiratoire; cet homme n'en a pas moins repris des forces et même un peu d'embonpoint. Le fait suivant a présenté quelqu'intérêt.

Obs. I. — *Pleurésie diaphragmatique.* Un jeune milicien du 3e de ligne, de force moyenne, avait depuis huit jours du malaise et une gêne douloureuse dans les mouvements respiratoires; il s'efforçait toutefois de continuer son service. Vaincu par le mal, il entra à l'hôpital le 2 juin, dans l'état suivant:

Physionomie pleine d'anxiété; respiration courte; toux rare; crachats écumeux, légèrement teints de sang; douleur vague à la base de la poitrine, particulièrement en avant et à gauche; pouls petit, précipité, à 130 par minute; l'auscultation et la percussion, appliquées aux poumons et au cœur, ne fournissent aucun renseignement; hors l'augmentation de la soif, le tube digestif ne présente rien d'anormal; l'abdomen est souple, indolent, si ce n'est à l'hypochondre gauche, dont la pression accroît la douleur voisine du thorax; la main appliquée à l'épigastre, est soulevée par de fortes pulsations; la peau est

chaude et sèche, et une douzaine de taches pourprées sont disséminées sur la poitrine et l'abdomen.

Une saignée de 14 onces le premier jour, une de 14 et une de 10 le deuxième, une de 10 et une de 8 le troisième, ne procurent pas de soulagement; même état du pouls; même situation du malade; seulement, après la première saignée, les crachats n'avaient plus présenté de traces de sang.

Le quatrième jour, large vésicatoire sur la partie inférieure gauche du thorax; le soir même, amendement général; face épanouie; plus de douleur; respiration presqu'entièrement libre. On excite, les jours suivants, la suppuration du vésicatoire. Le cinquième jour, le pouls est tombé à 120, le sixième à 112; toux rare; quelques crachats séro-muqueux; un ver lombricoïde est rendu par l'anus; les taches pourprées s'effacent; du septième au dixième jour, le pouls revient peu à peu à 90, un ver est encore expulsé; je prescris pendant quatre jours, sans résultat une décoction de spigélie anthelmintique. Toutes les fonctions reprirent bientôt leur état normal, le retour des forces fut prompt et la guérison était complète vers le quatorzième jour.

Cette observation est intéressante sous plus d'un rapport. L'expulsion de deux vers lombricoïdes est une circonstance qui ne doit pas être négligée, quoique nous ignorions jusqu'à quel point la présence des vers a pu influer sur la gravité des accidents. C'est un sujet auquel on ne donne généralement pas assez d'attention. Quoi qu'il en soit, la plèvre diaphragmatique a été phlogosée, selon toute probabilité, et même le sang, qui a teint les crachats le premier jour, semble indiquer que les parties voisines du parenchyme pulmonaire ne sont pas restées étrangères à la maladie.

Nous avons eu à traiter onze cas de pleuro-pneumonie. J'ai parlé, dans mes rapports précédents, des saignées générales répétées à de courts intervalles, que j'ai, depuis très-longtemps, coutume d'opposer à cette maladie. Quatre fois il a fallu recourir à l'emploi du tartre stibié à haute dose (1). Des circonstances

(1) J'ai rapporté deux de ces faits dans un travail récemment présenté à la Société des sciences naturelles de Bruges.

aggravantes nous ont fait perdre deux malades ; l'un souffrait depuis longtemps d'une pneumonie chronique ou induration du parenchyme pulmonaire ; l'autre, entré à l'hôpital pour une légère blessure au sourcil, a présenté des signes de pleuro-pneumonie droite, au milieu de phénomènes que l'on considère aujourd'hui comme produits par une altération du fluide sanguin, tels que tendance à la stupeur, faiblesse musculaire, teinte plombée de la peau, taches violacées et développement facile, à la suite d'une saignée, des accidents que quelques médecins attribuent encore à une phlébite. Traité par des applications de ventouses scarifiées et de vésicatoires et quelques doses de tartre stibié, il a succombé le douzième jour de son entrée dans mes salles, où il avait été évacué des salles des blessés. L'autopsie du cadavre, outre un épanchement séro-purulent dans la plèvre droite et un ramollissement rouge circonscrit du poumon à la base, nous a fait découvrir une altération du cartilage de la tête de l'humérus droit, seul côté où une saignée eût été pratiquée, et des gouttes de pus disséminées entre les fibres musculaires du bras gauche. Les veines de ces membres n'ont rien présenté d'anormal. — Il n'existait pas de traces d'altération des follicules isolés ou agminés de la fin de l'intestin grêle.

Un matelot nous a offert le cas assez rare d'une gangrène du poumon.

Obs. II. — *Gangrène du poumon.* C'était un homme de 30 ans, robuste, bien conformé, issu de parents sains. A son entrée à l'hôpital, le 13 mars, il disait ressentir depuis huit ou dix jours, au-dessous du sein droit, un point douloureux qui n'avait été l'objet d'aucun soin ; il y avait matité et absence de respiration dans une grande étendue de cette région en avant et en arrière ; du souffle et divers râles bronchiques en haut et sous l'aisselle ; les crachats étaient peu abondants, légèrement rouillés et visqueux ; la dyspnée peu prononcée ; le pouls résistant ; le visage animé, sans altération des traits ; mais un phénomène extraordinaire nous frappa d'abord ; c'était une extrême fétidité qui s'exhalait par la bouche à chaque mouvement de toux et se répandait ainsi au loin en courants infects autour du malade.

Pouvions-nous d'après ce seul fait annoncer positivement tout

d'abord, l'existence d'une gangrène du poumon? Cette fétidité était un signe isolé, elle ne nous paraissait pas avoir décidément d'ailleurs le caractère de l'odeur gangréneuse, et puis nous n'avions pas trouvé de traces d'excavation caverneuse, les crachats n'étaient nullement caractéristiques de cette funeste terminaison de la pneumonie; les forces étaient bien conservées; la physionomie très-bonne; un pareil diagnostic eût donc été un peu hasardé. Pouvait-on l'attribuer à une sécrétion vicieuse des bronches, comme le pensait un jeune médecin d'Anvers, qui assistait à notre visite, altération fonctionnelle à laquelle l'état du tube digestif pouvait ne pas être étranger? et, en effet, il existait en même temps une langue sale, un sentiment de poids à l'épigastre, des nausées, une longue constipation.

Quoi qu'il en fût, l'ensemble des autres symptômes semblait indiquer l'existence d'une pleuro-pneumonie droite au deuxième degré, et trois saignées générales aidées de plusieurs applications de ventouses scarifiées, sur la région malade, furent mises en usage dans les premiers jours; des lavements laxatifs; l'huile de ricin et enfin une potion émétisée, qui provoqua quelques vomissements, achevèrent de remédier aux troubles digestifs, et une amélioration très-prononcée, qui dura du 20 au 25, se montra dans l'état général du malade.

Cependant, hors le point douloureux qui avait disparu, le côté droit de la poitrine continuait à offrir le même état, et de plus un gargouillement caverneux fut bientôt sensible sous la clavicule et l'aisselle; les crachats devinrent eux-mêmes très-fétides, grisâtres, un peu diffluents; la fétidité de l'air chassé par la toux, un moment moins forte, devint de nouveau extrême, et, chose peu ordinaire en pareil cas, car la gangrène du poumon était alors manifeste, la face conservait une bonne expression, le pouls de la résistance, les forces ne diminuaient que très-lentement. Je prescrivis des vésicatoires à la poitrine et aux jambes, le camphre à l'intérieur, des inspirations de chlore, des boissons chlorurées, des bouillons.

Ce ne fut que dans les premiers jours d'avril que l'affaiblissement fit tout à coup des progrès rapides, après une légère hémoptysie à laquelle succédèrent des crachats constamment

noirs et diffluents. Alors, tout à coup, altération profonde des traits de la face; assoupissement; rêvasseries; sueurs colliquatives et mort le 6, vingt-troisième jour de l'entrée du malade à l'hôpital.

L'autopsie du cadavre nous a fait voir une vaste caverne vide occupant le sommet du poumon droit; ses parois étaient formées par un tissu noir, facile à déchirer, et d'une fétidité gangréneuse très-prononcée. Le reste du poumon, partout intimement adhérent à la paroi thoracique, était imperméable à l'air, grisâtre, dur, résistant au tranchant du scalpel et à la pression du doigt, qui n'en faisait sortir aucun liquide. Il n'existait pas de tubercules.

Cet homme devait nécessairement avoir longtemps souffert et négligé son mal, avant de venir réclamer nos soins; en effet, le poumon malade, dans les lobes moyen et inférieur, n'offrait pas l'infiltration purulente par laquelle se termine une pneumonie très-aiguë, négligée dans le principe, mais cette nuance d'induration grisâtre qui suit communément l'inflammation chronique de l'organe. Aussi, si ce n'est dans les derniers jours, il n'a pas existé de crachats caractéristiques de la pneumonie au troisième degré, et la conservation des forces, le peu de dyspnée et de troubles généraux indiquent encore qu'une lésion aussi intense et aussi étendue, avait dû se former avec la lenteur qui permet à l'économie de s'habituer, en quelque sorte, aux plus graves altérations. Au reste, je me suis un peu étendu sur ce fait, parce qu'il offre encore de l'intérêt, tant à cause de la rareté de la gangrène du poumon dont il a offert un exemple, que sous le rapport de l'incertitude du diagnostic pendant une grande partie du cours de la maladie.

Les phthisiques ont constamment peuplé l'hôpital pendant tout ce semestre. Si l'on ajoute aux 10 qui ont succombé, 4 autres de ces malheureux qui ont pu être envoyés à temps dans leurs foyers et 6 restant encore sous traitement, nous trouverons qu'ils ont atteint le chiffre énorme de 20. La mesure pleine de sagesse, récemment prise par le gouvernement, de ne plus recevoir dans les rangs de l'armée les hommes à poitrine faible,

et disposés à cette maladie, empêchera, sans doute, à l'avenir le renouvellement de ce déplorable résultat (1).

La phthisie pulmonaire est une des maladies qu'un œil quelque peu exercé fait reconnaître de prime abord, souvent même à son début. Des questions faites avec prudence nous ont appris que presque tous ces malades avaient perdu un ou plusieurs proches parents à la suite de la même maladie. cinq avaient à leur entrée, une forte hémoptysie; quelques-uns offrirent déjà, au premier examen, des excavations caverneuses au sommet de l'un ou l'autre poumon.

On sait combien la médecine est impuissante contre cette maladie; peut-être aussi est-elle souvent trop inactive. J'ai essayé l'emploi du *matica*, plante originaire du Pérou, légèrement astringente, d'un arome qui rappelle celui de la sauge et dont M. le docteur Vanhaezendonck, médecin de l'hospice civil, avait eu l'obligeance de me fournir une certaine quantité. Je l'ai prescrit à plusieurs phthisiques, pendant quatre à six jours, à la dose de 2 à 4 gros, en électuaire ou en poudre, mais sans aucun résultat; peut-être que la dose n'en a pas été assez forte. J'ai été détourné de le continuer, à cause du dégoût qu'il inspirait aux malades, et des doutes que j'avais sur son utilité, car on dit bien que son usage diminue la quantité des crachats, mais

(1) La nécessité d'envoyer les phthisiques à une contre-visite, quand on les propose pour la réforme, de les exposer aux dangers d'un pénible voyage, aux fatigues de toutes sortes de courses et de formalités à leur arrivée dans une ville étrangère, empêche le renvoi définitif de ces malheureux dans leurs foyers, où ils pourraient encore prolonger leur existence. Un phthisique encore sur pied est allé à Gand pour subir une contre-visite ; longues instructions, transport jusqu'au chemin de fer dans une vigilante, rien ne lui a été épargné, et cependant j'ai appris qu'il est mort peu après son arrivée dans cette ville. Les malades pour lesquels je demande des congés de convalescence, allaient encore, à la fin de juin, chercher leur permission à leur dépôt, et les démarches qu'ils devaient y faire, étaient bien souvent funestes aussi à ceux qui souffraient de la poitrine. Un ordre du général commandant supérieur, que j'ai provoqué, a fait enfin changer récemment cette disposition, que notre machine administrative avait conservée de la circulaire ministérielle du 13 juillet 1837 (*). Après tout cela, il n'est guère étonnant que le chiffre de la mortalité des phthisiques soit si élevé.

(*) *Journal milit. offic.*, tome III, §§ 4 et 5.

il n'est pas prouvé qu'il modifie avantageusement l'altération qui leur donne naissance.

Lorsque la constitution atmosphérique dispose, comme dans ce semestre, tous les hommes aux inflammations des organes respiratoires, il faut la plus grande prudence pour ne pas aggraver cet état par des médications intempestives dirigées contre les maladies qu'elles viennent compliquer ou simuler. Nous avons vu plusieurs malades auxquels des médecins avaient administré le sulfate de quinine pour combattre des accès pyrétiques qui n'avaient d'autre source que l'irritation de la poitrine, et l'usage de ce médicament, parfaitement innocent lorsqu'il est administré à propos, a provoqué, dans ces circonstances, les accidents les plus graves.

II. PYREXIES A NUANCE BILIEUSE ; FIÈVRES RÉMITTENTES ET INTERMITTENTES ; DOTHINENTÉRITES.

Après les phlegmasies de l'appareil respiratoire, les maladies les plus fréquentes, intercurrentes d'abord et qui montrèrent plus tard de la tendance à prédominer, furent les pyrexies continues et intermittentes. Les premières prirent souvent la forme bilieuse. Je ne crois pas que ces affections soient toujours des dothinentérites, dont elles n'offrent pas d'ailleurs les principaux caractères, et qu'on puisse leur donner à toutes le nom banal de fièvre typhoïde. Elles se manifestaient par de la céphalalgie frontale, de la rougeur au visage mêlée d'une forte teinte jaunâtre dans l'ovale inférieur ; de la fatigue dans les membres ; peu de phénomènes constants et remarquables à la langue qui se séchait rarement ; de la pesanteur à l'épigastre ; de la constipation ; un mouvement fébrile avec exacerbation le soir. Elle se terminait ordinairement après un septenaire, sous l'influence du régime et du repos ; il a fallu, dans quelques cas, une application de sangsues à l'épigastre, et souvent une dose purgative d'huile de ricin en a hâté la guérison.

Quelquefois ces symptômes étaient les préludes d'une fièvre rémittente ou intermittente, mais les fièvres périodiques ont été cette fois singulièrement rares, et, contrairement à ce qu'on ob-

serve ordinairement à cette époque, elles ont pris le type quotidien plus fréquemment que le type tierce. Avec un peu d'habitude, on reconnaît bientôt le caractère rémittent, à une chaleur plus âcre de la peau, alternant par intervalles avec de la moiteur ou de la sueur, à une céphalalgie plus prolongée, plus rebelle, devenant pulsative au moindre mouvement, etc. Tels sont les principaux signes qui m'ont souvent fait distinguer une fièvre rémittente obscure, d'un état pyrétique continu, et 16 grains de sulfate de quinine, pris en quatre fois au moment où la peau devenait moite, la céphalalgie moins forte, le pouls mou et moins fréquent, ne tardaient pas à mettre fin à la pénible situation du malade. Je possède plusieurs exemples remarquables de ces maladies longtemps méconnues et traitées avec opiniâtreté, au milieu de mille accidents, par des moyens antiphlogistiques très-actifs, jusqu'à ce qu'un consultant, sinon plus habile, du moins plus habitué aux maladies de nos localités, vînt arrêter presque instantanément le mal au moyen du fébrifuge.

Six cas de dothinentérite grave se sont montrés dans le semestre ; et ici il existait d'autres phénomènes que ceux que j'ai indiqués plus haut. La physionomie enivrée, remarquable dès le principe et qui constitue le premier degré, la nuance la plus légère de la stupeur, le ballonnement général ou partiel du ventre, le gargouillement dans la fosse iliaque droite, la tendance à la diarrhée, aux épistaxis, les taches rosées à la peau, me paraissent coïncider toujours avec le développement morbide des follicules de Brunner et des plaques de Peyer de la fin de l'intestin grêle. J'ai dit ailleurs comment je traite, quant à présent, cette maladie. Sur ces dix cas, j'ai perdu deux malades ; le premier, qui restait du semestre précédent, avait une bronchite générale d'une extrême intensité; la maladie de l'autre mérite d'être esquissée.

Obs. III. — *Dothinentérite légère; hémorrhagie intestinale; symptômes nerveux; parotide; mort.* Un canonnier, robuste, au service depuis deux mois, entra à l'hôpital le 21 avril, malade depuis sept jours. Traits enivrés, teinte un peu jaunâtre de la face; langue blanchâtre; météorisme hypogastrique; gargouille-

ment iléo-cœcal ; pas de selles, d'épistaxis, de taches cutanées; paroxysmes tous les soirs, suivis de sueur. Deux saignées et trois applications de sangsues à l'abdomen furent faites les premiers jours. Du 25 au 27, amélioration.

Le 28 au soir, des flots de sang d'un rouge brun sont expulsés par l'anus; des lypothimies, une extrême faiblesse, semblent annoncer une mort prochaine. Les jours suivants, le pouls à 112 se relève un peu ; mais rêvasseries ; soubresauts des tendons ; bouche sèche ; dents fuligineuses ; météorisme général du ventre; sueurs partielles à la face et au cou. De larges vésicatoires sont appliqués aux cuisses. Le 4 mai, apparition d'une parotide à gauche. Les jours suivants, délire, efforts pour se lever, tremblements des membres ; quelques selles liquides ; tension de la tumeur sans tendance à la suppuration. Le 6, un large moxa est appliqué dans son centre. Le 7, l'eschare est fendue profondément ; agitation moins forte ; vésicatoires aux jambes. Le 8, du pus blanc et épais sort de la plaie du moxa et d'une incision que je pratique au-dessous, où un empâtement s'était manifesté. Ce jour là, ainsi que le 9 et le 10, l'amélioration est très-prononcée; le malade est calme, répond juste, pousse la langue. Le 11, nouvelle stupeur ; agitation ; les phénomènes ataxiques reprennent peu à peu toute leur intensité et le malade succombe le 14.

A l'autopsie du cadavre, l'encéphale s'offrit à l'état où on le trouve après des maladies toutes différentes ; légère injection des méninges, sans adhérences, ni épanchement séreux ; substance médullaire du cerveau pointillée de brun. Les poumons étaient engoués à la partie postérieure. Les seules altérations remarquables avaient leur siége dans l'abdomen ; petites ulcérations arrondies, pâles, peu profondes, disséminées sur la muqueuse de la fin de l'intestin grêle, sans rougeur morbide des parties environnantes, ni du reste du tube digestif; tuméfaction des glandes mésentériques et de la rate, dont le parenchyme était très-friable.

Les parotides sont toujours un grave accident. Nous en avons observé, il y a quelques années, un assez grand nombre dans un court espace de temps, et j'avais remarqué alors que le malade guérissait toutes les fois que la suppuration s'y établissait

de bonne heure. Cette donnée a, dans ce cas-ci, réglé ma conduite, et l'application du moxa a été manifestement suivie d'amélioration ; mais le malade se trouvait dans de trop fâcheuses conditions pour qu'elle fût durable.

Trois cas de phthisie pulmonaire ont, dans le principe, simulé une dothinentérite de manière à s'y méprendre; mais la découverte d'excavations caverneuses au sommet des poumons a bientôt fait reconnaître le véritable caractère de l'affection. Ce fait se renouvelle assez souvent et n'a rien qui doive surprendre; la phthisie pulmonaire est une des très-rares maladies dans lesquelles les follicules de l'intestin s'affectent et s'ulcèrent, et les symptômes typhoïdes s'y montrent en raison de la prédominance de cette altération, qui tient, du reste, à une cause première et cachée, dont on n'a pas encore pénétré la nature.

Plusieurs faits isolés, qui ne se rattachent pas aux groupes dont je viens de m'occuper, ont offert de l'intérêt; tels sont surtout une péricardite, quelques affections aiguës du cœur et diverses altérations des centres nerveux. Un matelot a présenté, à la suite d'un violent accès de colère, de fortes convulsions, suivies d'un long oubli des mots propres à exprimer ses idées; une paraplégie qui tenait à une carie de la colonne vertébrale, a eu une terminaison funeste ; nous avons eu deux cas de méningite, dont l'un a été suivi de la guérison ; l'autre a atteint un jeune milicien qui, venu à l'hôpital le 10 juin, à pied, ne se plaignant que de céphalalgie qu'il disait avoir depuis quinze jours, est mort le lendemain dans le coma et les convulsions ; l'autopsie du cadavre a montré une couche de pus recouvrant presque toutes les circonvolutions cérébrales. Un soldat du train, encore en traitement, qui avait soigné pendant six semaines des chevaux morveux et farcineux, nous a offert des symptômes de farcin chronique. Un extrait, suffisamment étendu, de mes notes journalières sur ces faits particuliers, me conduirait trop loin. Je dois m'arrêter encore sur deux points qui méritent de fixer l'attention ; je veux parler de la variole qui a été très-commune, et de quelques cas d'ophthalmie.

III. VARIOLE.

Nous avons eu dans le semestre vingt-huit cas de variole, dont neuf dans le seul mois de janvier. Affectant des hommes vaccinés dans la proportion de 6 sur 7 ; cette maladie fut en général assez bénigne, et, à l'exception de huit ou dix cas, elle a mérité plutôt le nom de varioloïde, ou mieux celui de varicelle, suivant l'acception donnée par M. Rayer à cette dénomination. Je n'ai, dans aucun cas, pratiqué d'évacuations sanguines, et tous se sont terminés par la guérison. Quelques-unes de ces affections furent très-graves; en voici un exemple.

Obs. IV. — *Variole confluente; guérison.* Un jeune milicien du 3e de ligne, délicat, non vacciné, entra à l'hôpital le 3 avril, ayant, depuis la veille la face pointillée de rouge. Il y avait fièvre; raucité, toux, salivation. L'éruption variolique fut confluente. Il fut soumis à une simple médecine expectante hygiénique, jusqu'au neuvième jour, époque de la suppuration. Alors potion de quinquina et de calamus aromaticus, et plus tard, quelques selles liquides s'étant montrées, simple décoction de quinquina gommée. J'ai cru remarquer depuis longtemps que, dans les varioles graves, lorsque la suppuration est établie, une médication tonique et légèrement stimulante est très-utile, afin de donner à l'organisme les forces nécessaires pour résister, soit aux nouveaux orages contre lesquels il a encore à lutter, soit à la tendance qu'ont les tissus affaiblis à permettre l'absorption purulente, principale source, à mon avis, des accidents graves et quelquefois subitement mortels, qui ne sont pas rares à cette époque, et que je crois causés par le transport du pus sur un organe essentiel à la vie. Des anxiétés, un peu de délire se montrèrent le troisième jour, chez notre malade, mais de larges cataplasmes synapisés appliqués aux pieds, avaient dissipé le lendemain ces phénomènes inquiétants.

Cet homme a eu sur le visage un affreux masque noir, et l'odeur caractéristique qu'il répandait, formait autour de lui une atmosphère infecte que la ventilation, les arrosements d'eau chlorurée et même un abondant dégagement de chlore avaient peine à dissiper. Sa convalescence, pendant laquelle je lui ai

ouvert plus de cinquante petits abcès sous-cutanés, a été très-longue et a été soutenue par une alimentation très-réparatrice et l'usage du vin.

IV. OPHTHALMIES.

Les salles d'ophthalmiques sont restées presque désertes pendant tout le semestre; elles n'ont reçu que quelques cas d'ophthalmie catarrhale, d'affections oculaires de nature scrofuleuse, des iritis, des blépharites glanduleuses, etc.

J'ai eu à traiter quatre hommes atteints d'ophthalmie gonorrhoïque. Deux de ces malades ont conservé des altérations graves à la cornée du côté primitivement affecté, quoiqu'ils eussent été soumis à un traitement antiphlogistique poussé avec la plus grande énergie; chez l'un d'eux, l'excision d'un chemosis et l'application répétée du nitrate d'argent aux paupières engorgées, avaient été simultanément mises en usage (1). Ce manque de succès, que j'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater à la suite du traitement antiphlogistique dans cette maladie, me fit former le projet de renoncer entièrement, à l'avenir, à moins de nécessité absolue, aux évacuations sanguines, qui sont évidemment inutiles et peut-être nuisibles dans cette circonstance, et de n'employer que la cautérisation, en modifiant toutefois son usage. Les deux derniers malades, qui entrèrent à l'hôpital dans le mois de mai, me permirent bientôt de mettre ce projet à exécution. Leur maladie datait de deux ou trois jours. Un seul œil était affecté. Il y avait écoulement séro-purulent modéré; commencement de chémosis; paupières douloureuses, légèrement gonflées, à muqueuse rouge et engorgée; chez tous deux, l'autre œil était un peu injecté, les muqueuses palpébrales un peu épaissies. Je passai aussitôt, avec les précautions d'usage, le crayon de nitrate d'argent sur toute l'étendue de la surface muqueuse des quatre paupières, en commençant à chaque œil par la paupière supérieure; puis j'abandonnai le malade à lui-même, en recommandant seulement, outre la diète et le séjour au lit, de

(1) J'ai donné l'histoire de l'autre malade dans un travail qui sera inséré dans les *Annales* de la Société de médecine de Gand.

lui laver de temps en temps les yeux avec de l'eau tiède. Le lendemain, les paupières étaient tuméfiées, chargées de mucosités, mais sans douleur aucune. Je prescrivis, le troisième jour, des ablutions et des instillations faites avec un collyre mercuriel (sublimé corrosif, un grain; eau distillée, 8 onces) à employer tiède. La tuméfaction des paupières s'affaissa bientôt, les mucosités et la rougeur des conjonctives scléroticales disparurent insensiblement, et, vers le vingtième ou vingt-cinquième jour, il ne restait plus à ces deux hommes, que l'engorgement granuleux des paupières que cette ophthalmie laisse après elle, engorgement qui, du reste, était peu prononcé; ils furent envoyés à leur corps pour y être soumis, avec les autres granulés, au traitement par la cautérisation.

SERVICE CHIRURGICAL,

Par le médecin de régiment **LUTENS.**

Les maladies qui se sont présentées le plus fréquemment dans les salles de chirurgie, sont les ulcères calleux, les plaies, les entorses, les abcès, les onyxis et les panaris. Dans un précédent rapport, il a été longuement traité des entorses et de ses accidents; nous avons fait remarquer que le traitement suivi à l'hôpital militaire d'Anvers contre cette maladie, consiste à maintenir l'articulation dans une immobilité parfaite et à prévenir l'inflammation par les arrosions d'eau froide.

Nous n'avons jamais été obligés d'employer des sangsues, moyens qui impriment à l'articulation des mouvements qui ne font qu'exaspérer son état morbide. Six cas d'entorse traités d'après notre manière habituelle ont été parfaitement rétablis. Il n'est pas rare d'observer dans le service de chirurgie des maladies de l'ongle qu'on appelle onyxis ou ongle rentré dans les chairs : une chaussure étroite, lourde et roide, les marches et les exercices provoquent ces accidents. Plusieurs moyens ont été conseillés pour y remédier, mais celui qui nous paraît être le plus prompt, le plus efficace, et le moins douloureux, consiste

dans l'énucléation de l'ongle au moyen de la spatule. Voici de quelle manière nous procédons : on fixe la phalange malade au moyen du pouce et de l'indicateur de la main gauche, et on glisse à plat la spatule sous l'ongle de manière à raser la face interne; lorsqu'on est parvenu aux deux tiers de sa profondeur, on relève la spatule du côté sain et on dégage brusquement l'ongle qui ne tenant plus que par un pédicule dans la portion incarnée peut être facilement enlevé avec les doigts. L'arrachement partiel de la partie de l'ongle incarné que plusieurs praticiens pratiquent au moyen d'une pince et de ciseaux, est une méthode longue, douloureuse et qui expose le malade à une prompte récidive.

Le nombre de panaris a été assez considérable et s'est spécialement montré chez les nouveaux miliciens : nous avons dû pratiquer à deux malades atteints de panaris, l'amputation de la phalangette du pouce.

Deux amputations de cuisse ont été faites dans le courant de ce semestre : ces deux observations recueillies par les soins de M. le médecin adjoint Henrotay, offrent beaucoup d'intérêt.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Chute sur le genou droit. — Fracture transversale de la rotule, abcès pénétrant jusque dans l'articulation. — Amputation de la cuisse.—Guérison.

Le nommé Deboom, Adolphe, âgé de 28 ans, d'une constitution forte, sergent fourrier au 1er chasseurs à pied, 1er bataillon 4e compagnie, s'étant laissé choir du 2e étage de la caserne des Faucons, où il se trouvait consigné, tomba sur le genou droit, le 26 janvier courant. Transporté à l'hôpital militaire d'Anvers une heure après l'accident, nous le trouvons dans l'état suivant :

Le genou droit est le siége de vives douleurs; les mouvements de ce membre sont impossibles; pas de tuméfaction notable; à l'endroit de la rotule on sent un enfoncement de deux pouces environ séparant cet os en deux fragments lorsque la jambe est étendue, position dans laquelle nous fûmes appelés à l'examiner.

Le côté droit de la face qui a aussi porté sur le sol est fortement tuméfié; vers l'angle de la lèvre de ce côté, on remarque une division de la joue de l'étendue de quelques lignes; des dents de ce côté manquent, d'autres sont vacillantes.

Le 26 janvier 1840, à son entrée, on lui fait une saignée de 16 onces et on applique sur le genou des compresses trempées dans de l'eau froide. On réunit la plaie de la lèvre au moyen de deux aiguilles et de la suture entortillée. Diète absolue; eau sucrée pour boisson.

Le 27, le malade n'a pas dormi de toute la nuit; cependant à la visite du matin il est dans un état assez satisfaisant; les compresses froides sont continuées, une saignée de 16 onces lui est pratiquée. Dans l'après-dînée, les douleurs deviennent excessivement vives, frissons irréguliers, inquiétude; les douleurs sont calmées après une nouvelle saignée de 16 onces. Vers le soir les douleurs se réveillent, sans qu'on puisse les attribuer à la compression du membre par le bandage. L'appareil est enlevé, application de 25 sangsues que l'on fait bien couler, après ces moyens le malade se trouve soulagé.

Le 28, le malade est assez calme.— 16 sangsues, compresses d'eau froide.

Le 29, le malade a dormi toute la nuit, état général satisfaisant, nulle douleur dans le genou droit. — Bandage amidonné.

Le 31, la cicatrisation de la plaie de la face est obtenue; on enlève les aiguilles. — Bouillon.

Le 4 février, le malade accuse de nouveau de vives douleurs au genou droit, le bandage est incisé, un petit abcès est reconnu au-dessus de la rotule et ouvert par le bistouri, il fournit peu de pus louable.

Le 6, l'appareil en entier est enlevé.

Le 8, il s'est développé à la partie supérieure de la jambe un vaste abcès que l'on ouvre et qui fournit beaucoup de pus. — Trois cataplasmes par jour.

Le 12, suppression des cataplasmes, pansement à sec.

Le 13, état assez satisfaisant, la jambe est redressée et main-

tenue dans une position à peu près droite.—Diète. Pommes de terre.

Les 14, 15 et 16, les douleurs se réveillent, le moindre mouvement communiqué au membre fait pousser de grands cris au malade; il maigrit, ne dort pas et il est en proie à une vive inquiétude. La partie est le siége d'une tuméfaction molle considérable; les piqûres des sangsues s'abcèdent; il accuse une douleur fixe à la partie postérieure et inférieure de l'articulation; le stylet introduit par l'ouverture d'un abcès pénètre dans l'articulation et fait reconnaître des rugosités.

Le 19, amputation de la cuisse. Elle n'offre aucune particularité, la plaie est réunie par première intention; en quelques jours elle est presque complète, cependant le point correspondant à la ligature de l'artère crurale reste assez longtemps fistuleux et laisse écouler un peu de pus.

Le blessé a ensuite présenté quelques symptômes d'irritation des voies gastriques; il a été transporté dans les salles de médecine où quelques applications de sangsues et un régime convenable l'ont entièrement rétabli. Il est sorti de l'hôpital militaire d'Anvers dans le courant du mois d'avril dernier, ayant obtenu son congé et entièrement guéri.

Autopsie du membre.

Nous avons reconnu deux vastes abcès dont l'un situé à la partie inférieure et antérieure du fémur et l'autre dans le creux poplité; ces deux abcès communiquaient entr'eux et avaient pénétré dans l'articulation. Les surfaces articulaires étaient altérées, les cartilages étaient détruits en quelques points, et la synoviale largement déchirée. La rotule était fracturée transversalement.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Fracture comminutive du fémur à sa partie inférieure, avec séparation des deux condyles. — Fracture incomplète de la rotule. — Amputation de la cuisse, accidents divers, guérison.

Le nommé Deboever, Charles, âgé de 33 ans, d'une bonne

constitution, soldat au 1er régiment de chasseurs à pied, étant pris de boisson, tomba dans l'Escaut à marée basse (dans l'embarcadère) et fit une chute de dix pieds de hauteur dans la vase. Il fut transporté immédiatement dans un corps de garde voisin et M. le médecin de régiment Lutens, appelé pour lui donner des soins, le trouva couché sur un lit de camp. Les assistants lui dirent qu'on l'avait relevé sans connaissance et que quelques instants avant son arrivée seulement, il avait donné quelques signes de vie. En effet, le blessé ne répondait à aucune de ses questions et paraissait plongé dans un profond sommeil comateux. Il lui pratiqua sur le champ une forte saignée et le malade revint peu à peu à lui; lorsqu'il eut repris connaissance il se plaignit d'une douleur excessivement vive au genou droit; mais comme le lieu où se trouvait le malade ne permettait guère de se livrer à une exploration régulière et que d'ailleurs M. Lutens n'avait avec lui aucun moyen de pansement, il le fit aussitôt transporter à l'hôpital, après l'avoir placé sur un lit avec les plus grandes précautions, le 1er février 1840, à 9 heures du soir.

Le 1er février, à son entrée, le malade a les yeux ouverts, il répond clairement aux questions qu'on lui adresse, il accuse une forte douleur au genou droit; cette partie est le siége d'une tuméfaction assez forte qui s'étend à la partie supérieure et d'une manière plus prononcée à la partie inférieure de la cuisse. Dans les différents mouvements qu'on est obligé d'imprimer au malade pour le placer convenablement dans son lit, on remarque que la jambe se meut sur la cuisse latéralement dans une grande étendue et telle que si les ligaments latéraux de l'articulation étaient entièrement déchirés. La cuisse présente à ses deux tiers inférieurs une forte tuméfaction et un empâtement notable; du côté externe et au tiers inférieur de cette partie, on remarque une tumeur qui ne se laisse que très-peu déprimer et qui reprend immédiatement sa forme et son volume dès qu'on cesse de la comprimer avec les doigts.

On pratique au blessé une seconde saignée de 14 onces, le membre est placé sur des coussins, la jambe légèrement fléchie sur la cuisse.—Diète absolue.

Le 2, état général satisfaisant, le malade a goûté un peu de

repos, les douleurs sont moins vives, l'empâtement de la cuisse paraît un peu plus considérable, la tumeur à sa partie externe et inférieure est moins prononcée, fomentations.—Saignée de 14 onces le matin; 2e saignée de 12 onces l'après-dînée; 3e saignée de 10 onces le soir.—Fomentations avec le mélange suivant :

℞ acetum. vini ℥iv
muriat. ammon. ℥iv
aq. frigida ℔ij
nitr. potass. ℥ij
D. ad us. ext.

Le 3, le malade a passé une nuit agitée, il s'est plaint de vives douleurs dans le genou droit, il a un peu déliré.— Saignée de 8 onces; les fomentations sont continuées; potion composée comme suit :

℞ aq. menth. ℥ij
laud. Sydenh. ℈j
syr. sacch. ℥i
à prendre en 2 fois.

Les 4, 5 et 6, même état.

℞ aq. menth. piperit. ℥iv
laudan. Sydenh. ʒi
syr. sacch. ℥i et S.
toutes les heures une cuillerée.

Les 7, et 8, l'agitation et le délire ont beaucoup diminués. La cuisse est couverte de marbrures provenant d'ecchymoses; le malade accuse peu de douleurs dans ces parties, si ce n'est lorsqu'on les touche ou qu'on imprime quelque mouvement à la cuisse ou à la jambe.

℞ muriat. ammon. ℥iv
aq. pluvial. ℔ij
spirit. vini camph. ℥ij
d. ad us. ext.

—

iteret. mixt. ut supra.

Le 9, les différents moyens employés n'ayant pas amené d'a-

mélioration notable dans l'état du malade, la difformité considérable de la partie jointe aux autres symptômes ayant donné la certitude qu'il devait y exister de grands dépôts, quoiqu'on ne put les préciser, et que les avis fussent très-partagés sur la nature de la lésion, on décida de recourir à l'amputation de la cuisse qui fut pratiquée immédiatement par M. Lutens.

℞ aq. menth. ℥ij
laud. Syd. ℈j
syr. cort. aurant ℥i
D. U.

L'opération n'offrit rien de particulier et l'os fut scié vers le milieu de la cuisse.

Le 10, le malade a passé une nuit très-agitée, il a presque constamment déliré et il a cherché à arracher son bandage. On fut forcé de lui mettre la camisole de force. Comme il était très-adonné aux liqueurs fortes, on lui accorde un peu d'eau-de-vie (℥ii) qu'il boit avidement. On lui fait prendre de deux en deux heures deux pilules dont la formule est ci-après; le soir on lui en donne trois autres.

℞ camph. spirit. vini solut. gr. iij
extr. opii. gr. semis
f. pil. nº vi
d. pilul. nº iij

Le 11, le malade a passé une nuit assez calme, il a la conscience de son état et répond juste aux questions qu'on lui adresse.

℞ iterent pilul. ut hœri

—

quelques cuillerées de bouillon.

Le 12, le délire et l'agitation n'ont pas reparu, l'opéré est tombé dans un affaissement et une prostration extrêmes, il est complétement indifférent à son état, il répond à peine aux questions qu'on lui adresse, on remarque de l'incohérence dans ses réponses.

Le moignon est pâle et blafard, aucune apparence de suppu-

ration. On renonce à la réunion par première intention; pansement avec le vin aromatique, potion tonique.

♃ cortic. peruv. ℥i
coq. in suff. q. aq cotis. ad colat. ℥v
syr. sacch. ℥i

Du 12 au 16, le moignon reprend peu à peu un meilleur aspect ; une suppuration faible d'abord devient bientôt excessive. Les téguments sont considérablement dégorgés, une forte rétraction des muscles s'est opérée et l'os fait une saillie d'environ un pouce au delà des chairs qui forment avec lui un cône très-prononcé. Le malade reprend un air un peu plus animé, on lui accorde de légers aliments, en petite quantité.

Du 16 au 20, la suppuration étant devenue excessive, le moignon est pansé avec du chlorure de chaux et la quantité de pus diminue chaque jour. Le malade est de nouveau en proie à un violent délire; ses forces s'épuisent de jour en jour.

Du 20 au 25, le délire n'est plus continu, il y a des intervalles de prostration; dans d'autres moments, il marmotte entre ses dents, il a des soubresauts de tendons, le pouls petit, faible et très-fréquent. Il ne se livre au sommeil que pendant des instants très-courts et il en est reveillé par des apparitions.

Du 25 au 1er mars, le malade reprend peu à peu, le délire cesse, le sommeil devient calme, le moignon se couvre de granulations, la suppuration est de bonne nature et elle n'est pas trop abondante; on accorde quelques aliments, on donne bientôt un peu de vin au malade, la saillie du moignon est réprimée au moyen de la poudre d'alun.

Du 1er au 10, la cicatrisation s'établit sur les bords de la plaie, l'os lui-même se couvre de granulations, un séquestre à peu près circulaire et assez épais s'en détache; on continue à saupoudrer la plaie d'alun et on la panse avec un plumasseau de cérat. Le malade se lève et se promène dans la salle et dans la cour au moyen de béquilles.

Dans les premiers jours d'avril la cicatrisation est presque complète, il n'en reste qu'une petite partie correspondante à l'os où elle ne soit pas établie et qui soit un peu saillante.

Autopsie du membre amputé.

Nous avons trouvé une fracture comminutive du fémur à sa partie inférieure, et une séparation longitudinale des condyles (le fragment interne avait le double du volume de l'externe); il y avait en outre un grand nombre d'esquilles qui avaient été séparées de cet os surtout du corps. La rotule était fracturée longitudinalement et transversalement sur la face interne, mais cette fracture ne s'étendait pas à toute l'épaisseur de l'os. Elle se trouvait enchâssée entre les deux condyles fracturés. Les ligaments de l'articulation ne dénotaient aucune altération particulière. Le fémur était dénudé dans l'étendue de 5 à 6 pouces, à sa partie postérieure, et il existait à cet endroit un vaste clapier contenant une sanie purulente fortement colorée en rouge (couleur lie de vin).

La première de ces deux observations signale un accident excessivement grave et dont nous n'avons pu exactement connaître la nature. Cette erreur qui nous a fait perdre un temps précieux, a exposé le malade à une mort presque certaine.

En lisant les détails de cette observation on semblerait croire qu'il était facile de reconnaître les différentes lésions du genou, attendu que cette articulation est accessible au toucher; mais les signes morbides présentaient une anomalie si singulière, qu'il était difficile de s'en faire une idée exacte. En effet, qu'on se figure un genou énormément gonflé qui offre vers sa partie supérieure une saillie, un peu plus bas un enfoncement dans lequel nous ne pouvons sentir la rotule et qui est le siége d'une crépitation évidente; une articulation dont les mouvements latéraux sont plus étendus que ne le permettent les ligaments; un membre contourné de manière à présenter la forme d'un S et qui reprend sa forme à la suite d'une légère extension; une peau intacte sans excoriations ni blessures, et on se fera une idée des difficultés sans nombre qui obscurcissaient le diagnostic. Fallait-il admettre l'existence d'une fracture du fémur près de ses condyles? mais l'absence de la rotule nous empêchait d'établir un point de comparaison. Fallait-il croire à une fracture de la rotule? mais l'impossibilité de découvrir ses fragments éloignait cette opinion.

Fallait-il diagnostiquer une luxation du genou avec déchirure des ligaments? mais alors d'où provenaient la crépitation, cette saillie osseuse, où se trouvait la rotule?

Que faire dans ce cas? Placer le membre dans une position convenable, l'arroser avec des fomentations résolutives, pratiquer de nombreuses saignées et agir suivant les circonstances, telle est, nous le croyons, la conduite de l'homme de l'art.

Plus tard les symptômes nerveux qui se sont déclarés, ne nous laissant plus aucun espoir de conserver le membre, l'amputation en fut faite.

Il est survenu à la suite de cette opération, une conicité du moignon assez considérable à laquelle nous avons remédié en partie par des pansements méthodiques. Voici la cause de cet accident : le malade après l'opération a été en proie à un violent délire qu'aucun moyen thérapeutique ne put calmer et qui s'est insensiblement dissipé de lui-même. Pendant cette violente réaction nerveuse, les chairs du moignon sont restées blafardes, comme gangréneuses, et tout le tissu cellulaire s'est détaché en lambeaux putrides de manière à isoler chaque muscle et à ne plus opposer de barrière à sa rétraction. Ce fait qui constitue une guérison heureuse et inespérée vient à l'appui de l'opinion que nous avons souvent émise concernant la puissance des efforts de la nature et la nécessité de pratiquer les amputations des membres quand bien même d'autres maladies concomitantes compromettraient l'existence des blessés. Le diagnostic des maladies internes n'offre pas as ez de précision et de certitude pour décider irrévocablement du sort d'un malade, et il est toujours permis de croire que le médecin se trompe, quand il n'y aurait qu'une chance bien éloignée de succès; nous devons rappeler à ce sujet l'histoire d'un malade qui avait été déclaré phthysique et qui néanmoins récupéra une santé des plus florissantes après l'amputation de son membre affecté de carie scrofuleuse.

Le second malade dont l'observation est rapportée ci-dessus (obs. n° I), a eu la cuisse amputée à la suite d'une fracture de la rotule. Quelle cause a pu donner lieu à cette mutilation? n'a-t-on pas su combattre l'inflammation consécutive, ou bien la fracture elle-même était-elle accompagnée de circonstances qui nécessi-

taient cette opération. Nous avons été nous-même dans le doute jusqu'à ce que l'autopsie du membre nous a fait connaître l'existence d'une déchirure de la capsule synoviale et d'un abcès dans l'articulation. En effet, il fallait une violence directe, une force bien grande, pour séparer la rotule en trois fragments dont le supérieur était fortement entraîné en haut par l'action du triceps, et les deux autres ne tenaient plus ensemble que par une légère expansion celluleuse. Cette violence n'a-t-elle pas pu se communiquer à la synoviale sous-jacente à la rotule et faciliter sa déchirure par la brusque rétraction du fragment osseux? Les plaies des articulations sont graves et très-souvent au-dessus des ressources de l'art, la meilleure médication ne parvient que très-rarement à prévenir les accidents fâcheux qui entraînent la perte du membre.

Ce cas malheureux nous apprend avec quelle défiance il faut porter un diagnostic sur les fractures de la rotule qui, simples et faciles à guérir le plus souvent, peuvent néanmoins constituer une maladie dangereuse.

Nous avons reçu un seul cas de fracture simple du tibia survenu à un matelot. M. le médecin adjoint Poot qui se trouvait à bord de la canonnière où l'accident a eu lieu, a appliqué sur le membre fracturé un bandage amidonné et a fait transporter le blessé à l'hôpital militaire d'Anvers.

Le malade ne paraissant pas souffrir à son entrée à l'hôpital, et la jambe fracturée offrant la même longueur que la saine, nous jugeâmes convenable de laisser le bandage en place, et de constater l'état des parties après le gonflement. Le bandage ayant été incisé au bout de ce temps au moyen des ciseaux de M. Seutin et la fracture paraissant dans un état satisfaisant nous rapprochâmes les deux valves du bandage et permîmes au blessé de se livrer à la déambulation. La guérison a été heureuse.

Nous avons eu occasion d'appliquer dans un cas de fausse ankylose du coude avec flexion de l'avant-bras sur le bras, une machine à extension qui nous a déjà servi avec succès dans d'autres circonstances. L'appareil se compose d'un tourniquet ordinaire garni d'une forte courroie en cuir, d'une attelle concave en bois de chêne, bourrée à ses deux extrémités, et d'un petit

coussin concave servant à recouvrir la saillie du coude ou du genou suivant qu'on l'applique sur l'extrémité supérieure ou inférieure. Si l'ankylose est récente, et que les surfaces articulaires sont conservées, quelques jours d'application de cette machine suffisent pour redresser le membre.

Le traitement de l'ankylose occupe actuellement l'attention des hommes de l'art : jusqu'à ces derniers temps, l'ankylose vraie avait été considérée comme incurable. L'art possède trois méthodes pour remédier à cette infirmité : par la première (qui est de M. Barton de Philadelphie), on établit une fausse articulation dans le voisinage de l'articulation malade; par la seconde, qui est celle de M. Louvrier, on opère le redressement complet du membre en une séance au moyen d'une machine à extension; par la dernière enfin, qui appartient au célèbre chirurgien allemand Dieffenbach, on coupe tous les muscles rétractés et on exerce des mouvements de plus en plus étendus jusqu'à ce qu'on est parvenu à rendre au membre la forme normale.

Jusqu'ici nous n'avons pas encore rencontré d'ankylose vraie avec rétraction des muscles; mais un fait recueilli en 1836, dans l'hôpital d'Anvers, confirme l'efficacité de la ténotomie pratiquée sur les muscles demi tendineux et biceps dans un cas de fausse ankylose provoquée par l'inflammation de ces organes.

Le redressement violent d'un membre ankylosé, après la section des muscles rétractés, n'expose à aucun danger attendu que les surfaces articulaires sont détruites et qu'on n'agit que sur une masse osseuse semblable à un cal de fracture.

La méthode de M. Louvrier, sur laquelle l'expérience ne s'est pas encore suffisamment prononcée, mais qui paraît avoir déjà occasionné des accidents graves, est un moyen dangereux en ce qu'il occasionne une déchirure violente des muscles dont la lésion peut donner lieu à des hémorrhagies graves et à des accidents nerveux consécutifs.

Il est difficile d'apprécier jusqu'à quel point la soudure des surfaces articulaires et la rétraction des muscles peuvent résister à une extension modérée. Voici un cas dans lequel notre machine à extension a parfaitement répondu à notre attente : un soldat qui avait été traité dans l'infirmerie de Turnhout pour une tumeur

blanche au genou avec abcès, maladie pour laquelle il avait été en traitement pendant une année entière dans le susdit établissement, fut évacué sur l'hôpital d'Anvers, avec une ankylose du genou et une flexion de la jambe sur la cuisse formant un angle de 45°. Cet homme ne pouvait plus se servir de son membre et marchait sur deux béquillons. Notre machine à extension fut appliquée pendant six semaines et parvint à redresser complétement son membre ankylosé : mais comme il y avait prédominence des fléchisseurs sur les extenseurs affaiblis, nous fûmes obligés de placer une attelle dans le creux du jarret pour faciliter la progression qui se fit avec assurance, facilité et sans soutien.

La cure radicale des hernies a occupé notre attention : nous avons employé dans un seul cas de hernie, l'herniotome de Wurtzer. Ce n'est qu'après deux tentatives que nous sommes parvenus à invaginer profondément la peau du scrotum dans le canal inguinal ; après cette seconde tentative, la hernie ne s'est plus reproduite. Quoique nous ne possédions qu'un seul fait concernant l'emploi de cet instrument, nous avons pu néanmoins apprécier les circonstances qui indiquent son emploi et celles qui le contre-indiquent. C'est ainsi que les hernies diffèrent entre elles, suivant qu'elles sont plus ou moins anciennes, ou qu'elles sont le résultat d'une cause violente ou modérée. Si la tumeur herniaire se forme lentement et qu'il faut quelques efforts du malade pour la faire saillir dans les bourses, le canal inguinal conserve assez de résistance et ses ouvertures assez d'élasticité : dans ce cas, le doigt peut à peine pénétrer à travers les coliers de l'anneau inguinal. On conçoit, dès lors, qu'il est difficile de glisser l'invaginateur dans le canal inguinal et qu'on s'expose à ne soulever que les téguments qui le recouvrent. Dans la supposition qu'après bien des essais, on serait assez heureux pour faire franchir l'ouverture externe du canal par l'herniotome, il serait impossible de le faire pénétrer jusqu'à son ouverture interne. Il résulterait de là une adhérence au contour de l'anneau qui ne s'opposerait pas à ce que la tumeur herniaire arrivât dans le canal par son ouverture interne et ne finît par tomber dans le scrotum.

Un cas de ce genre s'est offert à nous dans le courant du se-

mestre ; aussi nous avons préféré recourir à la méthode de Mayor de Lausanne (voyez Bandages et Appareils à pansement, ou Nouveau Système de Déligation chirurgicale, page 569 et suiv.), qui a parfaitement réussi.

Si la hernie est plus ancienne et que les deux ouvertures du canal inguinal dilatées permettent facilement à la tumeur herniaire de descendre dans les bourses, et au doigt explorateur de pénétrer dans toute l'étendue du canal, l'herniotome de Wurtzer, convenablement employé, parvient à boucher le trajet du canal d'une manière assez intime pour s'opposer à la nouvelle formation d'une hernie.

Si la hernie est très-ancienne, et que, par l'effet de la pression de la tumeur, le canal inguinal a perdu son trajet oblique, et s'est transformé en une ouverture directe, on remarque que l'adhérence de la peau invaginée n'est pas assez solide, et que la tumeur glisse en arrière. Dans ce dernier cas, l'instrument, ingénieusement modifié par M. le médecin de régiment Sotteau, et qui a pour but d'appliquer l'une contre l'autre les surfaces supérieure et inférieure de cette ouverture inguinale, remédie à l'inconvénient de l'herniotome de Wurtzer.

Nous ferons en sorte de recueillir plusieurs faits dans le courant du semestre prochain, pour mieux faire ressortir les avantages et les inconvénients des différentes méthodes pour la cure radicale des herniès.

Trois soldats atteints de tumeurs variqueuses, dont deux aux jambes et un dans le scrotum, ont été soumis au traitement curatif. Chez l'un, nous avons employé le second procédé de Velpeau, qui consiste à passer une épingle derrière le tronc veineux et à étrangler les parties molles au moyen d'un fil ciré. Les tumeurs variqueuses ont complétement disparu ; mais le trônc de la saphène interne, siégeant à la partie interne de la cuisse, continuant à recevoir le sang veineux de la jambe par la saphène externe, plusieurs tumeurs variqueuses se sont développées sur son trajet. Nous sommes intentionné de placer une seconde épingle au-dessus de l'anastomose de la saphène.

Le second malade, qui présentait dans le creux du jarret plusieurs tumeurs variqueuses provenant de la saphène externe,

qui ne pouvait être soulevée dans un pli cutané, a été traité d'après le procédé qui nous appartient et qui est une modification de celui de Pricke de Hambourg. Un fil ciré a été passé au moyen d'une aiguille, dans le trou veineux et ses deux bouts ont été fortement serrés. Il est survenu le quatrième jour un petit phlegmon à l'endroit de la ligature, ce qui nous a obligé de retirer le fil.

La guérison a été prompte.

Le troisième malade offrait un volumineux varicocèle à gauche. Les veines ayant été isolées du conduit déférent et de l'artère spermatique, une épingle fut passée derrière elles et les parties molles furent circulairement étranglées. Il est survenu le troisième jour une inflammation assez vive dans le testicule, ce qui nous a forcé de retirer l'épingle avant la gangrène des parties molles étreintes. L'inflammation s'est dissipée très-vite et la guérison a été radicale.

Nous terminerons ce résumé de la clinique chirurgicale du 1er semestre par quelques remarques sur une nouvelle opération qui est destinée à prendre place dans le cadre des opérations importantes, nous voulons parler du strabisme.

Depuis qu'on a eu connaissance en Belgique des bons résultats de la section du muscle droit interne, dans le strabisme convergent pratiqué par le célèbre chirurgien allemand Dieffenbach, la plupart des opérateurs ont cherché à imiter son exemple, ce qui a contribué à rendre cette opération commune.

Le procédé dont se sert Dieffenbach, et qui est décrit dans la Chirurgie de Dieffenbach par Charles Philips, page 65, paraît être d'une exécution très-difficile. Voici de quelle manière cet auteur s'exprime : certes, on est séduit par la beauté des résultats, mais quelle difficulté à vaincre pour donner à l'œil sa position droite! Il n'est pas probable que cette opération entre jamais dans le domaine commun de la chirurgie, etc.

M. le docteur Crommelinck de Bruges, qui s'est empressé de publier les résultats de ses cures sur le strabisme, donne une description du manuel opératoire; mais le dessin de ses nombreux instruments et surtout de son airigne double, inspire au malade une crainte qu'il est difficile de vaincre et fait présumer

que, malgré ses succès, cette opération est difficile, laborieuse, et expose l'opéré à des accidents graves.

Ayant eu occasion de pratiquer un grand nombre de ténétomies du muscle droit interne, tant à l'hôpital qu'en ville, voici le procédé opératoire que nous avons définitivement adopté et qui nous paraît réunir, sous le rapport de la promptitude et de la facilité, toutes les meilleures conditions.

1° *Strabisme de l'œil droit.* Le malade est assis sur une chaise comme pour l'opération de la cataracte, le chirurgien, se tenant debout ou assis devant lui, fait soulever la paupière supérieure au moyen de l'élévateur de Pelletier, et fait abaisser la paupière inférieure par le doigt d'un aide ou d'une érigne double mousse, qu'il applique sur son bord libre. Saisissant, au moyen d'une pince très-fine, la conjonctive oculaire en dehors de la membrane clignotante, il l'attire à lui et confie la pince à un aide placé à sa droite. Alors, au moyen de ciseaux droits, mousses sur une extrémité et pointus sur l'autre, il incise la base de ce repli du côté de la sclérotique et dissèque la muqueuse en haut et en bas. Il engage ensuite le malade à regarder en dehors, et profite de ce temps pour accrocher le globe de l'œil, au moyen d'une petite pince à dent de loup très-mince, qu'il tient de la main gauche et renverse l'œil en dehors. Aussitôt apparaît le muscle droit interne dont on reconnaît les fibres rouges; on glisse derrière lui la branche obtuse des ciseaux, et on le coupe en un ou deux traits.

2° *Strabisme de l'œil gauche.* Le malade et l'opérateur placés comme ci-dessus et les paupières écartées, le chirurgien soulève la muqueuse oculaire au moyen de la pince et la sépare de la sclérotique au moyen de ciseaux. Il soulève ce lambeau de la main gauche, tandis que de la main droite, il accroche l'œil au moyen de la petite pince à dents de loup qu'il confie à un aide. Le reste comme ci-dessus.

Cette opération, pratiquée d'après ce procédé, est d'une simplicité remarquable; il faut moins de deux minutes pour l'achever. Dans aucune circonstance, il n'est survenu une hémorrhagie assez abondante pour masquer les manœuvres : c'est à

peine s'il s'écoule quelques gouttes de sang pendant la section du muscle.

Deux points essentiels font préférer ce procédé à tout autre. D'abord la section de la conjonctive, ensuite la fixation du globe de l'œil. En coupant la conjonctive d'après Dieffenbach on s'expose à manœuvrer trop près de l'angle interne des paupières, et à provoquer un écoulement sanguin assez abondant; ensuite la conjonctive est plus ou moins balafrée et coupée irrégulièrement, ce qui rend la guérison plus lente et provoque un bourgeonnement très-incommode.

En détachant la muqueuse sous forme de lambeau, ainsi que nous le faisons, la sclérotique est mise en évidence aussitôt, facilite la recherche du muscle et la muqueuse s'applique de nouveau sur l'œil où elle contracte une réunion immédiate.

La manière de fixer le globe de l'œil au moyen d'une petite pince à dents de loup, est beaucoup moins douloureuse et moins dangereuse que le placement d'une érigne double. Nous avons remarqué que ce temps de l'opération faisait pousser des cris perçants aux malades quand nous nous servions de l'érigne double, c'est ce qui nous a obligé d'y renoncer.

Nous faisons en sorte de fixer l'œil par sa conjonctive, car peu de tractions suffisent pour diriger son globe en dehors.

Nous avons opéré deux malades d'un strabisme convergent double dans la même séance, sans qu'il soit survenu le moindre accident inflammatoire.

Il est quelquefois difficile de juger si un malade louche des deux yeux et s'il est nécessaire de l'opérer d'un seul œil ou des deux yeux à la fois. Voici de quelle manière nous nous assurons du diagnostic : l'œil affecté de strabisme ne peut point exercer de mouvements en dehors quand on tient l'autre œil fermé : si cette gêne existe sur les deux yeux il y a nécessité de les opérer tous deux.

Après l'opération pratiquée sur un œil, l'autre œil offre une grande tendance à obliquer en dedans, ceci provient de ce que les deux axes n'ont pas la même force visuelle. Il suffit, dans cette circonstance, d'exercer l'œil opéré en fermant, pendant quelques jours, l'œil sain, pour rétablir l'équilibre. Si cependant

cette obliquité persistait, il serait nécessaire plus tard de faire également la section du droit interne.

Est il permis d'opérer le strabisme quand il provient d'une taie sur la cornée? Cette question, qui jusqu'ici a été jugée négativement, mérite cependant une réflexion.

Lorsqu'une taie centrale occupe la cornée, l'œil, pour fuir la confusion qui résulte de l'inégalité des deux axes visuels, se tourne en dedans parce que le muscle droit interne exerce une prépondérance sur les autres muscles droits. C'est pourquoi le strabisme a ordinairement lieu dans ce sens.

Un malade qui présentait cette infirmité depuis son bas-âge, mais dont la tache avait considérablement diminué, désirait se soumettre à l'opération pour faire dissiper son strabisme. Comme l'œil était fortement enfoncé dans la cavité de l'orbite, nous eûmes quelque peine à couper le muscle droit, et il survint à la suite de l'opération une inflammation très-grave que nous avons eu beaucoup de peine à combattre. L'œil s'est redressé, mais chaque fois que le malade regarde devant lui, le globe est attiré légèrement en haut et en dedans, de manière à constituer un strabisme d'une autre nature qui offre beaucoup moins de difformité que le premier.

HOPITAL St-JEAN DE BRUXELLES.

SERVICE DE M. LE Dr VANCUTSEM, MÉDECIN EN CHEF.

—

OBSERVATION D'UNE NÉVROSE TRÈS-COMPLEXE,

Recueillie par J. BOUGARD, élève interne.

Les faits isolés, quelque arides qu'ils soient, ne laissent pas que d'être utiles à la science, lorsqu'ils présentent quelque particularité, quelque phénomène extraordinaire. Celui que nous

allons rapporter ne sera pas d'une grande utilité thérapeutique, il est vrai, puisque, parmi la masse des moyens employés, on n'a rencontré aucun modificateur efficace; mais il est sans analogue, et cette considération seule suffit pour nous engager à le publier.

Zeegers, Jeanne, âgée de 25 ans, couturière, d'un tempérament lymphatico-nerveux, née et demeurant à Bruxelles, rue d'Ambet, n° 7, eut des convulsions dans sa jeunesse. Quoique d'une complexion délicate, cette personne jouissait habituellement d'une bonne santé; elle avait 14 ans lorsque la menstruation s'est établie de la manière la plus favorable, et la régularité ultérieure de cette fonction consolidait cet état heureux de santé, lorsqu'en 1831, en retournant un soir de son atelier chez ses parents, elle fut accostée dans la rue par trois jeunes gens qui voulaient l'emmener avec eux; elle était distante de dix minutes de sa demeure; sa résistance fut vive, elle se débattit fortement, s'échappa enfin et courut de toutes ses forces jusque chez elle, ouvrit brusquement la porte et tomba évanouie sur le plancher.

Cet état syncopal dura une heure environ, malgré les soins empressés de ses parents. Lorsqu'elle eut repris l'usage de ses sens, elle fut en proie à une agitation extrême, à une grande anxiété, un malaise général, insomnie. Le lendemain elle se plaignait de céphalalgie, de douleurs épigastriques, de lassitude générale, de suppression des menstrues. Dès ce moment elle fut maladive et très-impressionnable. Les règles ne reparurent pas dans la suite.

Trois mois après cette catastrophe, elle fut prise d'une pneumonie à la suite d'un refroidissement, le corps étant en sueur : on lui pratiqua trois saignées; applications de sangsues; émollients, etc. Après un certain temps la pneumonie se dissipa en partie, la dyspnée persista, elle dut renoncer à tout travail manuel, et gardait le lit presque continuellement.

En 1832, une hémoptysie succédanée se manifesta et reparut périodiquement, à peu près aux époques menstruelles, elle durait cinq ou six jours, cette évacuation la soulageait momentanément. Les médecins, chargés de lui donner des soins, em-

ployèrent une infinité de remèdes, cherchèrent à rappeler les règles, etc.

Vers la fin de 1832 il lui survint une maladie nouvelle, elle fut affectée de myelite : les principaux symptômes qu'elle accusa sont les suivants : douleurs vives le long de la colonne vertébrale; fourmillements dans les membres; marche chancelante. Traitement : une saignée; applications nombreuses de sangsues ; ventouses sèches et scarrifiées, puis vésicatoire à la nuque; bouteilles amères. Au bout de trois mois, elle retourna chez ses parents : elle avait, outre les symptômes précédemment énumérés, une paraplégie incomplète. Son affreuse perspective l'affectait fortement, troublait le peu de repos que lui laissait la souffrance, les jours se passaient en gémissements, en plaintes, les nuits en pleurs.

Pendant les trois années suivantes, le mal fit peu de progrès, la dyspnée augmenta et la respiration s'accélérait en proportion, la toux disparut complétement, l'hémoptysie revint tous les mois, la paraplégie et les douleurs spinales restèrent stationnaires.

En 1834, il survint un phénomène nouveau, elle eut des attaques d'épilepsie de courte durée (petit mal); revenant deux ou trois fois le jour, lorsqu'elle prenait des aliments ou des boissons ; cet état dura trois mois ; alors nouveau changement, ces attaques cessèrent et furent remplacées par une catalepsie intermittente régulière, revenant tous les jours à sept heures du soir et d'une heure de durée environ. (Nous tenons ces détails de la malade elle-même et de la servante qui l'a soignée.) Traitement : vésicatoire à demeure saupoudré (apparemment avec la noix vomique); vésicatoires volants; elle prit des poudres à l'intérieur, des conserves, des bouteilles de diverses espèces, et ses maux ne cessaient d'empirer.

En 1836, une arthrite se déclara aux poignets, puis aux genoux; elle entra à l'hôpital St-Jean dans l'état suivant : douleurs tantôt légères, tantôt vives le long de la colonne vertébrale; paraplégie incomplète ; respiration très-accélérée ; 40 inspirations par minute; dyspnée ; catalepsie d'une heure de durée tous les jours à sept heures du soir; il n'y avait plus d'hémoptysie; au bout de quelques mois il n'existait plus d'ar-

thritis, la catalepsie s'était aussi singulièrement modifiée et avait pris de rechef la forme de l'épilepsie au plus faible degré (absenses), en même temps que ces phénomènes revenaient à des époques plus éloignées, jusqu'à ne reparaître que tous les mois. Elle resta deux ans dans les salles de médecine. Traitement antiphlogistique et révulsif; sangsues; cautères; purgatifs.

Au commencement de 1838, elle fut placée dans la salle dite des incurables; en quelques mois, la maladie prit une physionomie tout à fait autre; sans cause connue, sans changement apparent, sans lésion organique nouvelle appréciable, les attaques reparurent tous les soirs, se prolongèrent de plus en plus pour arriver enfin au point où elles sont restées depuis.

Description d'un accès.

Vers huit heures du soir, sans autres phénomènes précurseurs que de la somnolence, des bâillements, quelquefois des palpitations, de l'embarras dans la tête (ces prodromes ne sont pas constants); la malade éprouve une perte complète de connaissance, à ces signes, que l'infirmière comprend fort bien, elle ôte les oreillers qui maintiennent la malade presque assise dans le lit, et lui donne une position à peu près horizontale, la tête légèrement soulevée). Le cou, le tronc, les membres se roidissent, les yeux deviennent fixes et se dirigent en avant ou en haut. Ces phénomènes n'arrivent pas subitement, ils restent cinq ou six minutes pour acquérir leur plus grande intensité. Si l'infirmière n'a pas la précaution d'ôter les oreillers, le tronc et les membres prennent quand même une direction rectiligne, et comme la tête est située beaucoup plus haut que les pieds, le corps entier ne repose que sur deux points, le talon, la nuque ou l'occiput, et présente la roideur d'une poutre.

La circulation et la respiration s'exécutent facilement, avec calme et régularité; 60 pulsations à la minute; nous verrons que le pouls est plus accéléré dans les intervalles; pendant l'accès il y a 20 inspirations par minute, tandis que nous en compterons 160 entre les accès; Ces fonctions, chose remarquable, s'exécutent donc pendant les accès, comme dans un état parfait

de santé. C'est le contraire de ce qui arrive ordinairement.

L'intelligence est complétement abolie; la malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant la durée de l'accès.

La rigidité des membres est telle, que l'on briserait les os plutôt que de faire mouvoir une articulation. Il n'existe aucune différence, pendant l'accès, entre le membre supérieur gauche, qui est dans un état de contracture permanente, les membres inférieurs, qui sont paralysés, et le membre supérieur droit qui, pendant l'intervalle, jouit de la liberté entière de ses mouvements.

La sensibilité générale est abolie; la malade paraît complétement insensible lorsqu'on pince la peau; les tractions faites dans le but de redresser le membre contracté n'éveillent pas la moindre douleur, tandis que dans l'intervalle des accès ces essais feraient jeter des cris à la malade.

Les sens spéciaux offrent la même insensibilité; la pupille ne se contracte plus; l'ouïe est abolie; les excitants les plus énergiques ne font aucune impression sur l'odorat.

L'excrétion des urines et des matières fécales n'eut jamais lieu pendant les accès.

Tous les accès ont la même durée, ils commencent à huit heures du soir, et finissent le lendemain à dix heures du matin.

La fin des accès ne présente rien de remarquable; la malade semble s'éveiller comme d'un sommeil ordinaire, ouvre les yeux, essaye quelques mouvements, se rendort quelquefois, pour s'éveiller de nouveau bientôt après; la respiration s'accélère; le membre supérieur droit exécute quelques mouvements; la sensibilité générale et les sens spéciaux reprennent leurs fonctions. On lui donne une position assise. Il faut quinze, vingt, quelquefois trente minutes avant qu'elle ait repris complétement l'état de veille.

La malade, en s'éveillant, n'éprouve nullement l'état de bien-être què procure le sommeil, véritablement réparateur. La fatigue, le malaise sont, à peu de chose près, les mêmes après qu'avant l'accès. Elle ne sommeille jamais dans la journée.

Dans l'intervalle des accès, la physionomie de Jeanne Zeegers

exprime la souffrance; elle accuse des douleurs dans toutes les parties du corps; la colonne vertébrale, la poitrine sont le siége de douleurs quelquefois très-violentes; elle éprouve des tiraillements dans tout le membre supérieur gauche; on peut faire exécuter à ce membre quelques mouvements très-légers, mais ces tentatives provoquent d'atroces douleurs; elle éprouve aussi des crampes très-douloureuses dans les membres paralysés. Le long séjour au lit a déterminé de la roideur dans les articulations, elles ne se meuvent que difficilement; les orteils sont fléchis.

Le pouls s'accélère pendant la veille; 70 à 80 pulsations par minute. La respiration présente une fréquence extraordinaire, terme moyen, 160 inspirations à la minute; elle est accompagnée d'un bruit particulier. On peut s'en faire une idée en examinant celle d'un chien immédiatement après une course longue et rapide.

La contraction permanente du bras gauche n'existe que depuis quatre à cinq mois. Ce phénomène est survenu insensiblement et sans cause appréciable : le bras est appliqué le long du tronc, l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras; les doigts dans la main. Le membre, dans cette position, présente une roideur tétanique.

Les saisons, la température humide et froide, les vicissitudes atmosphériques, les phénomènes électriques, etc., qui se passent dans l'air, impressionnent péniblement cette infortunée.

Traitement.—Si nous passons en revue les remèdes employés dans le but de soulager cette malade, nous verrons qu'on a emprunté des remèdes à toutes les classes d'agents thérapeutiques.

1° Antiphlogistiques : saignées; sangsues en grand nombre; ventouses scarifiées; émollients;

2° Antispasmodiques; je crois que tous les agents de cette classe que possède la matière médicale, ont été mis en usage.

3° Stupéfiants : opium, morphine, acide hydrocyanique, cyanure de zinc, eau de laurier-cerise, belladone, laitue;

4° Excitateurs : noix vomique;

5° Toniques et antipériodiques : quinquina et sulfate de quinine;

6° Purgatifs;

7° Révulsifs: cautères ; vésicatoires ;

8° Moyens empiriques : nitrate d'argent à l'intérieur, etc., etc.

Dans cette foule de moyens, employés à l'état de simplicité ou diversement combinés, on n'en a rencontré aucun qui ait produit quelque résultat avantageux, qui ait paru exercer une action curative, modifier l'état organique intérieur favorable à la production de ces phénomènes ; nous nous voyons donc dans la triste nécessité de reconnaître que l'efficacité de ces moyens devient très-douteuse contre cette névrose complexe entretenue sans doute par des causes inamovibles et inappréciables.

Des médecins très-renommés, tant du pays que de l'étranger, ont visité Jeanne Zeegers, presque tous ont conseillé quelque remède, et tous les moyens ont échoué.

Il est un dernier fait bien curieux, il est relatif au régime que suit cette malade. Depuis plus de deux ans, elle ne prend qu'un peu de bouillon, de soupe au lait ou tout autre potage, trois fois le jour ; elle ne prend absolument rien que ces soupes. Cependant sa maigreur n'augmente pas, ses forces sont toujours dans le même état.

Telles sont les particularités que présente cette intéressante malade. Nous tâcherons de compléter ultérieurement son histoire. Si nous jetons un coup d'œil rapide sur les principaux phénomènes que nous avons relatés, celui qui attirera plus particulièrement notre attention, sera évidemment la lésion fonctionnelle des organes respiratoires. En effet, dans l'intervalle des accès, nous voyons un trouble extrême, une accélération extraordinaire des mouvements respiratoires (160 par minutes), tandis que quand d'autres désordres paraissent, quand l'accès survient, la respiration se régularise, reprend son rhythme normal (20 par minute). Il y a donc incompatibilité entre ces désordres divers.

Nous n'aurons pas la témérité de vouloir donner une explication de ces faits.

Nous remarquons ensuite la simultanéité de la paralysie des membres inférieurs avec crampes douloureuses et fréquentes dans les muscles même qui sont le siége de la paralysie; de la contracture du membre supérieur gauche en même temps que

la malade ressent, par moments, les plus pénibles tiraillements dans cette partie, et de la liberté pleine et entière des mouvements du membre supérieur droit : tandis que pendant l'accès, ces différentes parties subissent le même changement, présentent la même altération, un symptôme unique, la roideur tétanique. Nous nous contentons de noter cette transmutation périodique de symptômes.

Quant à l'accès même, il se rapproche beaucoup de la catalepsie intermittente, régulière, dont la nature nous est également inconnue. Nous ne pouvons apprécier ici que les désordres fonctionnels du cerveau, car ses lésions organiques sont en dehors de nos moyens d'investigation. Il est bien remarquable aussi que l'intelligence de la malade ait résisté à cette longue lutte, à cette incessante altération des fonctions de l'organe pensant; le mouvement est altéré tant pendant l'accès que dans les intervalles; la sensibilité est exaltée dans les intervalles et abolie pendant l'attaque; l'intelligence, elle, reste intacte dans l'état de veille.

Bruxelles, le 28 novembre 1840.

SERVICE DE M. A. UYTTERHOEVEN, CHIRURGIEN EN CHEF.

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE.

Le nommé Depauw, André, peintre, âgé de 32 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, demeurant à Bruxelles, rue Botanique n° 3, fut admis à l'hôpital St-Jean le 31 mars 1840. Il est porteur d'une hernie inguinale du côté droit depuis plusieurs années. L'intestin se précipite facilement au dehors, mais il le fait rentrer avec beaucoup d'aisance. —Le 31 mars, il était occupé à peindre un plancher, placé sur les genoux et le corps panché en avant, tout à coup il ressentit une douleur vive à la région inguinale droite, et une tumeur de la grosseur du poing s'y présenta subitement. Une portion considérable d'intestin avait fait irruption au dehors.

Il est à remarquer que cet individu portait un brayer, mais il était vieux et mal confectionné.

Cette fois il lui fut impossible de faire rentrer la portion d'intestin herniée; les douleurs étaient très-violentes; il fut apporté à l'hôpital.

A son entrée, nous reconnûmes tous les symptômes de la hernie inguinale étranglée. La peau des bourses était devenue douloureuse, rouge, tendue; la douleur acquit bientôt un tel degré d'intensité, qu'il demandait l'opération à grands cris. Il y avait des nausées, des vomissements de matières muqueuses; face pâle, grippée; refroidissement des extrémités; pouls petit; selles nulles.

Traitement. — Il fut immédiatement placé dans un bain tiède; il eut une syncope de peu de durée, pendant laquelle on fit de légères tentatives de taxis, mais en vain, il ne peut être prolongé, les douleurs étant trop vives. Il fut placé dans un lit en position convenable, les jambes et le bassin un peu plus élevés; on lui administra 1 gr. d'ext. aq. d'opium qu'il prit en une fois. Vers minuit il eut un peu de sommeil, pendant lequel l'intestin rentra spontanément.

Il eut des selles sanguinolentes pendant deux jours ; sangsues; émollients. Trois jours après, on lui mit un brayer neuf. Il sortit parfaitement rétabli, le 7 avril.

HERNIE CRURALE IRRÉDUCTIBLE AVEC SYMPTÔMES D'ÉTRANGLEMENT.

Depuis un an, la nommée Barbe Delandeker, ménagère, âgée de 35 ans, tempérament lymphatique, demeurant rue de Flandre n° 81, était affectée de hernie crurale du côté droit ; il y a trois ou quatre mois qu'elle est irréductible. Le 1er janvier 1840, elle fit un effort qui occasionna une douleur assez vive à la région inguinale, siége de la hernie, et la tumeur, qui n'était que de la grosseur d'une aveline, augmenta subitement et acquit le volume d'une noix. Dès cet instant les selles se supprimèrent ; le ventre se météorisa ; bientôt nausées, vomissements de matières muqueuses. Ces symptômes persistèrent sans augmenter ni dimi-

nuer ; elle ne consulte un chirurgien que le dixième jour ; il l'envoie à l'hôpital : elle entra à St-Jean, le 11 janvier ; mêmes symptômes : vomissements de matières muqueuses, etc.

Traitement. — Position ; le bassin et les cuisses relevés ; cataplasmes sur tout le ventre ; diète. Au bout de quelques jours, les vomissements cessèrent ; la tumeur diminua sensiblement ; elle eut une petite selle, les douleurs cessèrent. Le 1er février, la tumeur était réduite au volume d'une noisette, le cours des matières fécales rétabli. On présume que ce qui reste de la tumeur est constitué par le sac. On lui donne un brayer à pelote concave ; elle sort le 2 février.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE DU CÔTÉ DROIT.

Vervoort, Thérèse, âgée de 35 ans, servante, lymphatique, demeurant rue de la violette, n° 35, est entrée à l'hôpital St-Jean le 20 juillet 1840 ; à l'occasion d'un effort, cette femme sentit une douleur intense à la région inguinale droite, elle y porta la main et reconnut l'existence d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon ; les douleurs se propagèrent bientôt à tout l'abdomen ; le ventre se météorisa ; il survint des vomissements de matières d'odeur stercorale : c'est deux jours avant son entrée que ces accidents débutèrent, mais n'avaient acquis qu'une intensité médiocre.

Traitement. — Position ; cataplasmes laudanisés ; opiacés à l'intérieur. La réduction se fit le lendemain. On lui donna un brayer et elle sortit le dixième jour.

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE.

Vanhaeten, Alexandre, âgé de 27 ans, peintre, demeurant à Bruxelles, rue des Bouchers, porteur d'une hernie depuis plusieurs années, entra à l'hôpital St-Jean le 1er septembre 1840, atteint de hernie inguinale du côté droit, étranglée de la veille au soir. Un chirurgien, appelé la nuit, essaya le taxis forcé, à deux reprises différentes, mais ce fut vainement. Il entra à l'hôpital à huit heures du matin. La tumeur est de la grosseur d'un

œuf d'oie, d'un rouge vif, excessivement douloureuse, au point que la moindre pression arrache des cris au malade. Il y a constipation, météorisme du ventre, vomissements de matières bilieuses d'odeur stercorale; joint à cela un développement intense de phénomènes sympathiques : pouls accéléré; céphalalgie; peau chaude; etc.

Traitement.— Bain d'une heure; position convenable; émollients en application locale; eau citronnée pour boisson; 2 gr. d'opium à l'intérieur; une saignée. A midi le taxis fut pratiqué avec succès et avec la plus grande facilité.

Un brayer lui fut appliqué; il sortit le 3 du même mois, trois jours après son entrée.

Réflexions. — Ces quatre observations et d'autres encore, consignées dans les registres de l'hôpital St-Jean, prouvent que les hernies anciennes étranglées, quand elles n'ont pas été aggravées par des tentatives de taxis prolongées et violentes, sont susceptibles d'une prompte guérison, à l'aide seulement de la position, des bains et des narcotiques à l'intérieur. Aussi le taxis prolongé est-il formellement proscrit dans le service chirurgical de l'hôpital St-Jean. De nombreux succès obtenus par M. A. Uytterhoeven tant dans cet établissement que dans sa clientèle en ville, justifient cette opinion. Dans le cas, au contraire, d'une hernie récente et qui s'est étranglée par l'effet d'une violence quelconque, il pense que la herniotomie doit être pratiquée sans délai.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE,

MEDICINISCHEN ANNALEN ETC.

—

REMARQUES SUR LA COQUELUCHE;

Par le docteur LERONI, de Mannheim.

Dans ce travail, l'auteur s'attache à donner sur la marche de la coqueluche une idée plus précise que celle qu'on en a géné-

ralement. Pour y parvenir, il a observé les symptômes de cette affection dès son début, en séquestrant de suite l'enfant, afin de le préserver des circonstances extérieures, susceptibles d'exercer quelque influence sur la maladie. Voici ce qu'il a remarqué.

La coqueluche commence le plus souvent par une toux catarrhale accompagnée de coryza, et dure deux à trois semaines, sans dérangement dans les autres fonctions; alors la toux est sèche ; il y a rarement vomissement. Il survient ensuite une fièvre légère qui peut durer de trois à six jours, et plus longtemps; la toux devient plus forte, plus fatigante; les malades expectorent une quantité considérable d'un mucus blanc, visqueux, spumeux, mêlé souvent de sang; à cette époque surviennent fréquemment des épistaxis. Chaque accès, pour ainsi dire, est suivi de vomissement. Bientôt l'expectoration change de nature; elle devient jaunâtre, quelquefois purulente; les accès sont plus rares, la toux perd son timbre particulier, les crachats sont moins abondants, l'appétit et la gaîté reviennent. Au bout de huit semaines, la maladie se dissipe sans aucun médicament; on se borne à prescrire un régime convenable et à faire garder la chambre.

Mais alors pourquoi la coqueluche a-t-elle quelquefois des suites si funestes? parce que, dans son principe, la maladie est méconnue, et que les enfants, exposés à l'air, contractent facilement des pneumonies, par suite de l'extrême susceptibilité de leurs poumons. Garantir les malades de l'impression de l'air, est donc la chose la plus importante à observer, et souvent elle suffit pour prévenir l'invasion de la maladie. Chez les adolescents, lorsqu'un refroidissement coïncide avec l'explosion de la toux, il se développe bientôt une forte fièvre, la toux augmente, la poitrine est douloureuse, la respiration courte, précipitée, inégale, point d'expectoration, agitation, insomnie, constipation, urine claire et rouge. Ici les sangsues sont nécessaires; si on néglige d'y avoir recours, les symptômes s'aggravent, la peau reste sèche, l'expectoration est blanche, muqueuse, difficile. Vers le onzième jour, la chaleur paraît diminuer, l'urine devient pâle, il survient des chaleurs générales, la langue se charge, se couvre quelquefois d'aphthes, les crachats deviennent purulents, il se forme de

petits ulcères sur les lèvres, et dans les narines; l'enfant meurt dans des convulsions, du quatorzième au seizième jour.

Chez les petits enfants, chez lesquels la toux avait existé sans accident pendant quatre semaines, une fièvre violente se déclare, la toux arrive à un degré voisin de la suffocation, elle reste sèche, l'oppression est forte, la respiration rapide, courte, râlante, la figure pâle, bouffie, les yeux abattus entourés d'un cercle bleuâtre, la soif continuelle, sueurs abondantes, diarrhée, extrémités alternativement froides et chaudes. Ici le seul moyen de prévenir la mort, c'est de préserver de suite l'enfant du contact de l'air ; de soutenir ses forces par du lait, du bouillon de veau ou de poulet; d'appliquer des cataplasmes sur la poitrine et sur le cou, et de donner des lavements mucilagineux. Cependant la toux persiste encore plusieurs mois.

On voit quelquefois chez les adolescents les symptômes augmenter d'intensité pendant la période de la fièvre, quoique la maladie n'ait pas été troublée dans sa marche. Dans ces cas, la poitrine est le siége de vives douleurs, le malade éprouve des élancements dans les côtés, il crache du sang pur, la fièvre est violente, etc. Cependant les sangsues ne servent à rien ni les antiphlogistiques; mais les cataplasmes, la diète lactée et la chaleur sont très-utiles. La fièvre se maintient pendant trois à quatre semaines, puis l'expectoration purulente devient muqueuse, et les accidents disparaissent peu à peu.

Lorsque la coqueluche affecte des enfants rachitiques, de un à deux ans, ils sont de suite très-souffrants; dès le commencement de la maladie, leur figure est pâle, abattue; ils sont silencieux, n'ont plus d'appétit, sommeillent presque toujours sans dormir; on voit distinctement les battements de la fontanelle. La toux n'est pas très-forte. Au bout de quelque temps survient une amélioration apparente, mais la période fébrile augmente le mal : soif, sommeil agité, respiration accélérée et pénible, sensation du besoin de respirer qui porte le malade à tenir la bouche ouverte; l'expectoration est nulle, les vomissements sont rares. Souvent ces enfants meurent dans des convulsions; les antispasmodiques et les fortifiants ont peu de succès. Si les enfants rachitiques sont plus âgés, les refroidissements provoquent des

accidents beaucoup plus graves que chez les enfants qui jouissent, du reste, d'une bonne constitution.

La constitution lymphatique a une grande influence sur la durée et le danger de la coqueluche. Si de tels malades ne sont pas bientôt soustraits à l'influence de l'air, la fièvre prend bientôt le caractère hectique. Un traitement énergique nuirait ici, tandis que des soins assidus, des remèdes qui tendent à soutenir modérément les forces, et plus tard, quelques légers amers réussissent très-bien.

L'auteur déduit de ces observations les résultats suivants : 1° La coqueluche est une maladie sérieuse, cependant elle n'est pas de nature à être guérie par l'art, elle demande seulement à être soignée; 2° elle parcourt quatre stades : le stade catarrhal, celui de la toux confirmée, le stade fébrile et le stade de décroissance; 3° le danger dans cette maladie, dépend de circonstances extérieures accidentelles dont les principales sont les refroidissements et le rachitisme, ou de l'individualité du sujet; 4° c'est dans les grands stades catarrhal et fébrile que le danger est le plus grand, parce que c'est alors que la marche normale de la maladie est le plus facilement troublée.

BIOGRAPHIE.

—

JEAN FRÉDÉRIC BLUMENBACH.

Jean-Frédéric Blumenbach, le Nestor des naturalistes allemands, le contemporain de Haller, de Linné et de Buffon, le maître d'Alexandre de Humbold et de tant d'autres hommes connus des derniers temps, est mort le 22 janvier 1840, à Gœttingue, où il avait occupé, pendant deux générations, la chaire de physiologie et d'histoire naturelle.

Blumenbach était né à Gotha, le 11 mai 1752. Il avait étudié à Jena et à Gœttingue, où il s'était fait connaître comme un

observateur attentif; avant d'avoir fini le cours de ses études, il avait écrit sur l'anatomie et les habitudes des animaux. Il s'était occupé de bonne heure de l'histoire naturelle de l'homme. Sa dissertation *de la variété primitive du genre humain* avait excité l'attention des savants, dès son apparition, et a eu trois éditions. Blumenbach avait déjà, en 1776, été nommé professeur extraordinaire et directeur du cabinet d'histoire naturelle. En 1778, il devint professeur ordinaire de la Faculté de médecine. Depuis cette époque, il fit presque sans interruption, jusque peu d'années avant sa mort, les cours d'histoire naturelle générale, de zoologie, d'anthropologie, d'anatomie comparée, de physiologie et d'histoire de la médecine. Pendant de longues années, il fut l'un des membres les plus actifs de l'Académie des sciences; il y faisait des cours si intéressants, qu'ils lui attiraient des auditeurs de toutes les parties de la terre : fidèle à ses premiers penchants, il cherchait surtout à réunir un grand nombre d'objets destinés à débrouiller l'histoire physique du genre humain. Sa collection de crânes des différentes races et nations jouit d'une célébrité européenne. Blumenbach savait exciter au plus haut point l'intérêt de ses auditeurs pour sa collection. Parmi ses élèves se trouvait le roi Louis de Bavière, auquel le savant doit son plus beau crâne; c'est celui d'un ancien Grec, remarquable par la merveilleuse proportion de ses parties. Au moyen de ces échantillons, des histoires de voyageurs anciens et modernes de la bibliothèque de Gœttingue et des riches collections de Banks, le compagnon de Cook, qu'il avait vues à Londres, Blumenbach put établir son système des races principales du genre humain, ouvrage destiné à faire passer son nom à la postérité la plus reculée.

Ce savant fut le premier qui remit en honneur dans sa patrie l'histoire naturelle, traitée avec mépris et comme un amusement d'enfant par les partisans des études classiques; il démontra, dans beaucoup d'écrits de circonstance, les rapports qu'avait cette science avec les arts et les connaissances, avec l'histoire du monde et celle des hommes. Son *manuel d'histoire naturelle* eut douze éditions et fut traduit, ainsi que ses *institutions physiologiques* et son *manuel d'anatomie comparée,* dans presque

toutes les langues de l'Europe. C'est à lui qu'on doit l'anatomie comparée. En 1785, longtemps avant Cuvier, il l'enseigna dans un cours spécial, après en avoir touché quelques parties dès 1777. On peut voir, dans la préface de son manuel, le cas qu'il faisait de cette science. Le grand mérite des cours de Blumenbach consistait dans son talent à exciter et à soutenir l'attention de son auditoire, moins par leurs formes systématiques et quelquefois défectueuses, que par les détails intéressants dont il savait les parsemer avec un talent particulier, et par la bonne humeur avec laquelle il les entremêlait de remarques piquantes et spirituelles.

Peut-être aucun professeur académique des derniers siècles ne peut-il se vanter d'avoir eu autant d'élèves que Blumenbach. Il a vu la foule remplir ses cours pendant cent vingt semestres; depuis le dernier cinquième du siècle passé jusque dans la troisième décade du siècle présent, pendant que l'université de Gœttingue était dans tout son éclat; peu de citoyens ont terminé leur carrière académique dans cette ville, sans avoir fait partie de l'auditoire de Blumenbach. Dans les dernières années de son professorat, lorsque son âge avancé et les progrès de la civilisation rendaient son enseignement moins instructif, beaucoup de personnes venaient l'écouter par respect pour sa réputation.

A l'époque semi-séculaire du doctorat de Blumenbach, célébrée le 19 septembre 1825, on lui remit une médaille, et ses élèves, d'accord avec ses amis, avaient réuni une somme, dont les intérêts devaient aider de jeunes médecins et naturalistes à entreprendre des voyages scientifiques; monument magnifique, utile et fructueux aux générations futures. Il était dans la force de l'âge, lorsqu'il assistait, en 1787, au cinquantième anniversaire de la fondation de l'université de Gœttingue; un demi-siècle plus tard, à la même fête, on vit le vieillard, courbé par l'âge, se joindre au cortége solennel en s'appuyant sur le bras de son fils. Membre de presque toutes les sociétés savantes de l'Europe, distingué par les grands de la terre, paré d'ordres et de places honoraires, Blumenbach s'endormit doucement après avoir vécu près de 88 ans.

L. de L.

VARIÉTÉS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Séance du 7 septembre 1840.

Présidence de M. MEISSER.
Secrétaire : M. MARINUS.

1° Après la lecture du procès-verbal et la communication de la correspondance manuscrite, M. le docteur V. UYTTERHOEVEN fait part à la Société de deux faits de névralgie faciale traitée par l'inoculation, avec la lancette, d'une solution saturée d'acétate de morphine. La douleur a cessé instantanément et n'a plus reparu.

Ouvrages présentés.

2° Annales de la Société de médecine d'Anvers (8e livraison).
3° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand (mois de juillet et août 1840).
4° Nederlandsch-Lancet (nos de juillet et août 1840).
5° Journal de médecine et de chirurgie pratiques (n° d'août 1840).
6° Journal des connaissances médico-chirurgicales (n° d'août 1840).
7° Annales de la Société des sciences naturelles de Bruges (5e livraison).
8° Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges (2e livraison).
9° Gazette des médecins-praticiens (n° 60).
10° L'Esculape, gazette des médecins-praticiens (mois d'août).
11° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles, séance du 1er août 1840 (n° 8).
12° Lectures on the morbid anatomy of the serous and mucous membranes. By THOMAS HODGKIN, M. D., vol. 2, part. 1, London 1840.
13° Lancette française, gazette des hôpitaux civils et militaires (nos 88 à 102).
14° Compte-rendu des travaux du conseil central de salubrité pu-

blique de Bruxelles, pendant l'année 1839; par le docteur Dieudonné.

15° Archives de la médecine belge; par J.-E. Lequime (juillet 1840).

16° Deux exemplaires de pièces anatomiques faisant partie de l'ouvrage d'anatomie pathologique en relief, publié par M. le docteur Thibert, membre correspondant à Paris.

17° M. le docteur Bellini, de Florence, adresse à la Société un mémoire écrit en italien sur l'étranglement de l'utérus. (Commissaire rapporteur : M. Meisser.)

Rapports.

18° M. V. Uytterhoeven lit un rapport sur un mémoire présenté par M. Van Roosbroeck, intitulé : « Coup-d'œil sur l'opération de la pupille artificielle. » Conformément aux conclusions du rapport, ce mémoire sera imprimé dans les annales de la Société.

19° M. Leroy lit un rapport sur le mémoire de M. Nollet, intitulé : « Coup-d'œil sur l'hygrométrie thermo-hygromètre, et ses usages. » — La Société adopte les conclusions du rapport, qui sont : de voter des remercîments à l'auteur de cette communication et d'ordonner l'impression du mémoire avec une planche. L'assemblée vote également l'impression du rapport.

20° M. Meisser donne lecture de son rapport sur une observation de fièvre vésiculaire ou pemphygoïde produite par la morsure d'un chien non enragé, présentée par M. Rieken, dont il propose l'insertion dans les annales de la Société. L'assemblée adopte cette proposition et ordonne l'impression du rapport.

21° Rapport de M. Rieken sur un ouvrage de M. le docteur Moller, de Cassel, traitant du cathétérisme de la trompe d'Eustache. Conformément aux conclusions du rapport, M. Moller est admis au nombre des membres correspondants. Le rapport sera imprimé.

22° Rapport de M. Rieken sur un ouvrage de M. le docteur Doering sur les eaux minérales d'Ems. L'impression du rapport est mise aux voix et adoptée.

ARCHIVES
DE LA MÉDECINE BELGE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

CONSIDÉRATIONS

SUR UNE

OBSERVATION D'OPHTHALMOPLÉGIE PARTIELLE GUÉRIE PAR L'ÉLECTRICITÉ;

Par M. le docteur VAN ROOSBROECK, professeur à l'Université de Gand.

Dans l'étude de la thérapeutique il est essentiel de se bien pénétrer de l'importante vérité, que chaque moyen curatif jouit d'une action en quelque sorte individuelle et propre et qui n'ayant rien d'absolu dans son application ne peut produire tous ses effets que dans des cas donnés, quand on y a recours dans le traitement des nombreuses infirmités qui affligent l'espèce humaine. En parcourant les recueils et les ouvrages qui traitent de cette branche si importante des sciences médicales, à voir comment on y indique contre chaque maladie un remède en quelque sorte spécifique, sans avoir égard à aucune circonstance particulière du mal, on serait tenté de croire qu'il n'y a rien de plus facile après avoir établi le diagnostic d'une maladie, que d'administrer les moyens capables de la combattre. On tomberait dans une erreur bien grave et bien étrange si l'on s'imaginait qu'après avoir reconnu l'existence d'une affection morbide, il suffirait d'ouvrir un ouvrage de matière médicale et de choisir le premier moyen qu'on y préconise contre cette affection.

Mais là ne se borne point la tâche du médecin praticien, s'il

veut voir son traitement couronné de succès. Il ne suffit point de pouvoir reconnaître les symptômes d'un mal, et rigoureusement on ne saurait admettre d'une manière absolue et sans réserve la proposition de M. Rostan, que dans le diagnostic seul réside toute la médecine. Après avoir reconnu, à l'aide des connaissances de symptomatologie et de séméiologie, l'existence et le siége d'une affection morbide, le médecin ne possède pas encore toutes les données nécessaires pour instituer un traitement entièrement rationnel et dont il puisse attendre un résultat avantageux: il doit pousser ses investigations plus loin et prendre en considération une foule de circonstances qui donneront à des maladies identiques quant à leur siége et à leur nature, des caractères et une physionomie toute nouvelle et qui modifieront nécessairement la méthode de traitement à employer, et feront varier jusqu'aux doses et au mode d'administration des agents thérapeutiques. Chaque moyen curatif exige dans son application, pour qu'il puisse produire tous ses effets, la réunion d'un certain nombre de conditions dont l'absence rend son action inefficace ou même dangereuse et nuisible.

Ces conditions, dont la connaissance et l'appréciation sont de la plus grande importance pour le médecin, sont principalement la nature, la durée, la marche des maladies, les forces, l'âge, le sexe, la constitution, les habitudes, les idiosyncrasies des individus affectés. Certes, un médecin éclairé se gardera bien de suivre la même méthode de traitement dans une maladie aiguë et dans une affection chronique. Personne ne s'avisera d'employer la médication antiphlogistique avec autant d'énergie chez un vieillard affaibli et cachectique, que chez un adulte dans toute la vigueur et la force de la jeunesse. Mais de toutes les circonstances qui doivent apporter des modifications dans les indications thérapeutiques et dans l'emploi des agents curatifs, il n'en est pas de plus puissante et de plus importante que la cause des affections morbides. L'étiologie est bien précieuse et mérite la plus grande attention dans le choix d'un moyen quelconque destiné à combattre un état morbide de l'économie. A la vérité dans un grand nombre de cas, la maladie une fois produite, la première indication est de la combattre, sans s'enquérir de

la cause qui a donné lieu à l'affection morbide, cependant dans la pluralité des cas, il importe beaucoup de rechercher soigneusement la cause qui a pu intervertir l'exercice des fonctions et entraver le jeu de l'organisme, et dont l'action incessante rendrait nuls ou inefficaces tous les remèdes dont le médecin pourrait tenter l'application. Tous les jours nous sommes à même de constater la vérité de cet axiome, qu'en éloignant la cause, on fait cesser l'effet. C'est ainsi que j'ai vu des médecins traiter des ophthalmies pendant plusieurs mois, épuiser toute la série des moyens préconisés contre cette phlegmasie, et enfin se désespérer de la persistance et de l'opiniâtreté du mal, qui semblait devoir résister à tous les remèdes, tandis qu'un examen plus attentif leur eût fait découvrir que la maladie était due à une direction vicieuse des cils, qui irritaient continuellement le globe oculaire; et que la simple extraction des cils aurait fait disparaître comme par enchantement une affection aussi rebelle.

Dans les cas mêmes, où le médecin n'est pas assez heureux de pouvoir éloigner la cause de l'état pathologique, soit parce que par sa nature elle est inamovible, tel qu'un vice constitutionnel, soit parce que son action n'a été que momentanée et qu'elle ne subsiste plus, la connaissance et l'appréciation exacte de la source du mal, lui fourniront les données les plus utiles pour le combattre avec efficacité ou pour diminuer ses effets par des moyens palliatifs.

C'est pour avoir négligé l'appréciation de toutes ces circonstances dans l'application des moyens curatifs, qu'il règne parmi les médecins praticiens une si grande divergence d'opinions sur l'efficacité et les vertus de tel ou tel remède. C'est pour avoir méconnu l'importance de ces conditions si diverses, que nous trouvons dans les ouvrages de thérapeutique cette foule de remèdes qui après avoir joui de la réputation la plus brillante, sont tombés dans le discrédit le plus complet et sont actuellement tout à fait hors d'usage. Et certes, beaucoup d'entr'eux quoiqu'indignes des éloges outrés qu'on leur prodiguait ne méritaient pas l'oubli dédaigneux dans lequel ils sont tombés aujourd'hui. Prônés outre mesure par leurs inventeurs, toujours

enthousiastes de leur propre découverte, beaucoup d'agents thérapeutiques ne purent soutenir les vertus extraordinaires qu'on leur avait attribuées, quand d'autres expérimentateurs voulurent en essayer l'application avec tout aussi peu de discernement dans des cas en apparence identiques, mais où la présence de certaines circonstances majeures et mal appréciées devaient inévitablement faire manquer leurs effets ou rendre leur emploi nuisible et même dangereux. Les derniers avaient tout aussi peu de motifs pour élever des doutes sur leur efficacité ou pour nier leurs vertus, vu qu'ils les avaient employés où leur usage était formellement contr'indiqué, que les premiers n'en avaient eu pour les douer des vertus merveilleuses et extraordinaires et d'une action en quelque sorte spécifique. Les uns et les autres étaient tombés dans un excès bien blâmable et les conclusions qu'ils avaient déduites de leurs expériences et de leurs observations ne pouvaient avoir la moindre valeur parce qu'ils avaient expérimenté dans des conditions le plus souvent très-diverses.

Les considérations que nous venons d'émettre sur l'emploi des moyens thérapeutiques en général sont surtout applicables au fluide électrique en tant qu'on le regarde comme moyen propre à combattre certaines affections morbides. Un agent aussi puissant, qui exerce une action si énergique sur l'économie animale, fit tout d'abord concevoir les plus hautes espérances de son emploi dans la cure des infirmités humaines, espérances que vinrent encore augmenter les admirables découvertes de Galvani et de Volta.

Ces découvertes excitèrent un enthousiasme général, on crut avoir trouvé le remède universel, une véritable panacée, chimère poursuivie par les alchimistes avec une ardeur et une opiniâtreté dignes d'un meilleur succès. La fable de la fontaine de Jouvence se trouvait réalisée. Devant ce remède héroïque les maux les plus rebelles, les plus invétérés devaient disparaître comme par enchantement. On allait rajeunir les membres engourdis par l'âge, et peu s'en fallut que l'on ne s'imaginât de pouvoir, à son aide, évoquer les morts du tombeau et les rendre à la vie. Comme beaucoup de moyens thérapeutiques, l'électricité subit

les vicissitudes de grandeur et d'oubli dont nous avons parlé plus haut, et cela sans avoir mérité ni l'un ni l'autre. Si les espérances brillantes qu'on avait fondées sur l'application de ce puissant modificateur de l'économie animale ne furent pas réalisées, il faut l'attribuer non à l'agent électrique lui-même, mais bien à ceux qui en tentèrent l'emploi sans le moindre discernement dans des cas où il était de toute impossibilité d'en obtenir le moindre effet favorable.

Les expériences de Mauduyt et de Hallé, auxquelles on s'est plu à donner tant d'éloges, ne permettent de tirer aucune conclusion relativement à l'efficacité et à la non efficacité de cet agent thérapeutique dans le traitement des paralysies. Comme le fluide électrique exerce une action en quelque sorte élective sur deux systèmes de l'économie animale, les systèmes nerveux et musculaire, dont il modifie si énergiquement les expressions fonctionnelles, on fut naturellement conduit à l'employer de préférence contre les affections morbides de ces deux systèmes et spécialement contre les paralysies. Mais encore ici, l'expérimentation fut instituée sans méthode, sans discernement, et dans des cas si divers qu'il était impossible d'en déduire une bonne conclusion.

Oubliant que l'abolition de la sensibilité et du mouvement n'est dans la grande majorité des cas, qu'une expression symptomatique, qu'un signe de lésions organiques graves et très-diverses de ces deux systèmes, on fit l'application de l'électricité indistinctement dans tous les cas de paralysie. On ne se donna guère la peine de déterminer la nature de la maladie qu'on voulait combattre ou de remonter à son origine et de reconnaître sa cause. Étaient-ce des paralysies sans lésions organiques, ou bien dépendaient-elles d'altérations matérielles graves, telles qu'hémorrhagie cérébrale, ramollissements, tubercules, ayant leur siége dans l'une ou l'autre partie du système cérébro-spinal, ou bien étaient-elles dues à des altérations des nerfs ou des muscles? Car la paralysie est un symptôme de ces diverses maladies. Les expérimentateurs ne tinrent aucun compte de ces distinctions si importantes qu'il était essentiel d'établir avant d'instituer leurs expériences. Car dans les paralysies dues à des

lésions organiques, que pouvait l'électricité sinon dans beaucoup de cas d'aggraver le mal? Dès lors nous ne devons plus nous étonner, comme l'observe M. Rostan, si cet agent curatif appliqué d'une manière si peu rationnelle, n'a fourni que des résultats erronés. Nous croyons inutile d'analyser et de faire connaître les effets observés chez les cinquante et un malades de Mauduyt. Il était facile d'en établir *à priori* le résultat. Nous nous bornerons à faire observer que, dans quelques cas, les malades ont été rétablis ou au moins soulagés, et que dans les autres où la paralysie dépendait d'une altération organique, comme cela arrive le plus souvent, les malades n'ont éprouvé aucune amélioration, quelquefois même leur mal s'aggrava sous l'influence du fluide électrique.

Nous arrivons donc à cette conclusion, que c'est à tort que les médecins de l'époque actuelle négligent entièrement ce moyen thérapeutique, qui certes ne jouit pas du pouvoir merveilleux dont on l'avait doué, mais dont on ne doit nier complétement les vertus. Il s'agit donc seulement de bien préciser les cas, quand on en veut obtenir un bon résultat dans le traitement des paralysies. Nous pensons que l'on peut employer avec succès l'électricité dans tous les troubles de la sensibilité et de la contractilité qui reconnaissent pour cause une diminution d'action ou de vitalité, une espèce de torpeur et d'atonie des systèmes nerveux et musculaire, produite soit par des émanations métalliques, soit par l'action des narcotiques, ou des stupéfiants et en général par toutes les causes qui affaiblissent ou diminuent la vitalité de ces deux systèmes organiques, sans produire de véritable lésion matérielle. C'est ainsi que l'on pourrait en tirer peut-être beaucoup d'avantages dans le traitement de certaines surdités, de quelques amauroses, et dans les cas d'ophthalmoplégie et de blépharoplégie, dépendant des causes susmentionnées. Le fait suivant recueilli dans la clinique ophthalmologique de l'hôpital civil de Gand, fournit une preuve de ce que nous avançons et mérite l'attention des praticiens.

La nommée Eugénie Bruggeman, âgée de 33 ans, servante, dans un état de santé parfaite, se présente à l'hôpital le 31 octobre 1838, se plaignant d'un trouble de la vue assez intense

pour l'empêcher de se livrer aux occupations de son état, affection dont elle attribuait le développement à un refroidissement subit au milieu d'une forte transpiration. Elle offrait les symptômes suivants à l'œil droit malade : le globe oculaire était dirigé en dedans vers la racine du nez, entraîné par l'action prédominante du muscle droit interne. Le résultat de cette position vicieuse de l'œil droit donnait lieu au strabisme et au trouble de la vision connu sous le nom de diplopie, quand la malade regardait un objet avec les deux yeux à la fois, à cause du défaut de parallélisme entre les axes visuels. Quand elle portait l'œil sain dans la direction de l'œil malade, de manière que ce parallélisme se rétablit, la vision n'était nullement troublée. Si, au contraire, on lui faisait tourner les yeux dans une direction opposée, la diplopie renaissait, parce qu'il y avait de nouveau divergence dans les axes visuels. La malade se trouvait dans l'impossibilité de faire rouler l'œil droit vers l'angle externe, tandis que les mouvements vers l'angle interne étaient parfaitement libres. La diplopie n'avait pas lieu non plus quand le malade fermait l'un ou l'autre des yeux. A ces symptômes se joignaient l'existence d'une douleur gravative dans l'orbite, d'un sentiment de tension et de plénitude dans le globe oculaire et d'une douleur lancinante, brûlante dans tout le côté correspondant de la tête, une irritabilité excessive, une photophobie intense, un écoulement périodique de larmes claires et limpides et un léger coryza. Ces divers symptômes joints à l'invasion subite du mal, à l'absence de toute autre lésion ou altération de l'œil, à la coïncidence de l'action du froid et du développement de l'affection morbide, nous firent diagnostiquer une *ophthalmoplégie partielle* due à une cause rhumatismale, et ayant son siége dans le muscle droit externe de l'œil droit.

Dès lors nous possédions toutes les données nécessaires pour instituer un traitement méthodique et rationnel, et qui nous permit d'attendre un bon résultat de l'agent thérapeutique qui, en dernier lieu, fit justice de la maladie. Nous eûmes d'abord recours aux moyens capables d'activer la transpiration cutanée dans le voisinage de l'organe malade, tels que les sudorifiques à l'intérieur, l'application d'un bonnet en taffetas gommé sur la

tête ; plus tard des frictions stimulantes aromatiques et spiritueuses sur les paupières et les parties environnantes furent mises en usage, avec tout aussi peu de succès. On employa successivement l'huile de cajeput, de menthe, le liniment ammoniacal, l'esprit-de-vin camphré, le baume de Fioraventi. Des sachets remplis d'herbes aromatiques, furent continuellement suspendus au devant des yeux. On instilla dans l'œil, deux fois par jour, une solution de strychnine à la dose de 2 à 4 grains par once de liquide. Tous ces moyens restèrent sans résultat. Alors nous appliquâmes sur la tempe et très-près de l'œil, un vésicatoire, dont on entretint la suppuration pendant plusieurs jours, et qu'on saupoudrait de strychnine, deux fois par jour. Un large cautère fut établi sur l'apophyse mastoïde, d'après les conseils de Ad. Schmidt et Rust; mais tout fut en vain; le mal résista avec opiniâtreté à tous les remèdes, et, en désespoir de cause, nous résolûmes d'essayer l'application de l'électricité avant de tenter l'usage des moxas, moyen violent et effrayant pour les malades, si fortement préconisé par Jüngken. Nous employâmes l'électrisation par étincelles. La malade fut placée sur un tabouret isolant, et mise en communication avec le conducteur d'une machine électrique. La machine fut mise en jeu, et, au moyen d'un excitateur dirigé sur l'angle externe de l'œil malade, nous tirâmes à chaque reprise de vingt à soixante étincelles. Après chaque séance, nous pûmes constater une amélioration notable; les mouvements de l'œil se rétablissaient, et le trouble de la vision diminuait. Enfin, après six séances d'électrisation par étincelles, l'œil avait repris sa direction naturelle, le strabisme ainsi que la diplopie avaient cessé, la fonction visuelle était revenue à son état normal, et la malade sortit complétement guérie le 25 novembre 1838.

Gand, le 1er août 1840.

Rapport sur l'observation précédente (1).

Messieurs,

Nos recueils scientifiques contiennent peu d'observations sur les effets du fluide électrique employé comme agent thérapeutique :

Notre collègue, M. le docteur Van Roosbroeck, dont l'ardeur pour la science vous est connue, n'a pas voulu laisser échapper l'occasion d'attirer votre attention sur la rareté de ces observations et s'est empressé de vous communiquer des *Considérations sur une ophthalmoplégie partielle*, qui avait résisté, dit-il, à tous les remèdes généralement préconisés et qui fut guérie par l'électricité.

Les remèdes employés ont été nombreux à la vérité, et la résistance du mal a été remarquable.... S'il nous était permis, cependant, de donner un avis sur une maladie traitée loin de nous, et dont nous ne pouvons apprécier les symptômes que par la relation que nous avons sous les yeux, nous témoignerions notre surprise de ne point y voir figurer l'emploi d'une saignée (2), ou de quelques sangsues, afin de combattre l'élément inflammatoire avant de recourir *aux moyens capables d'activer la transpiration cutanée dans le voisinage de l'organe malade.* « Il y avait douleur gravative dans l'orbite, un » sentiment de tension et de plénitude dans le globe oculaire, une » douleur lancinante, brûlante, dans tout le côté correspondant de la » tête, une irritabilité excessive, une photophobie intense, etc., etc. »

Notre collègue a-t-il oublié de parler de ces moyens, ou avait-il des raisons pour les éviter.... Rien ne nous a éclairé sur ce point dans son observation. Toutefois cette observation est digne d'attention, elle prouve que si des affections morbides se montrent rebelles à nos médications c'est bien souvent parce que le traitement a été mal dirigé, ou que le tact médical a été en défaut. Elle démontre à l'évidence que si des agents thérapeutiques d'abord vantés comme souverains contre certaines maladies, sont tombés dans l'oubli le plus profond, la faute doit en être attribuée à l'expérimentateur et non à l'insuffisance des modificateurs employés.

Nous vous engageons, messieurs, à insérer le travail de notre collègue dans les Annales de la Société.

(1) M. V. Uytterhoeven *rapporteur*, MM. Rieken et Gluge, *commissaires.*

(2) M. Van Roosbroeck vient de me dire que les saignées ont été employées, mais qu'il a oublié de les mentionner dans son observation.

OBSERVATION D'UN ABCÈS PAR CONGESTION.

EXCISION DU KYSTE.

—

RÉFLEXIONS RELATIVES A L'OBSERVATION D'AUGUSTINE JAMART.

—

RÉFUTATION DE LA LETTRE DE M. VARLEZ, DE CHIÈVRES.

Par le docteur SEUTIN.

Messieurs,

Il n'est point de praticien qui n'ait été maintes fois frappé des désordres graves qui surviennent chez les individus affectés de ces collections lentes dans leur formation et leur accroissement, que l'on nomme vulgairement *abcès froids* et *par congestion,* lorsqu'elles viennent à s'ouvrir spontanément, ou que l'on donne issue artificiellement au liquide qui les constitue. Rien n'est, en effet, plus digne de fixer l'attention, que cette sensibilité exquise départie à un organe purement accidentel dans l'économie, qui n'est formé que par une simple condensation des lames du tissu cellulaire, et dans la structure duquel n'entrent ordinairement ni nerfs, ni vaisseaux, je veux parler de la membrane pyogénique. Cette sensibilité demeure engourdie tant que le pus seul se trouve en contact avec la membrane; mais elle se révèle d'une manière terrible quand une fois l'air a pu faire irruption dans le foyer : alors la douleur, la fièvre, le trouble apporté dans l'exercice des organes essentiels à la vie, annoncent que l'économie a à lutter contre une puissance formidable de destruction, et la gravité des accidents qui se manifestent instantanément contraste avec l'indolence locale, et le calme apparent de l'organisme, qui avaient persisté pendant tout le temps employé à la formation de l'abcès.

Si l'abcès est peu étendu, les forces vitales parviennent faci-

lement à surmonter les accidents qui résultent de son ouverture. Aucune contre-indication à l'évacuation du pus ne peut donc alors exister, d'autant plus que la temporisation expose au développement illimité de la collection. Mais si, au contraire, celle-ci est considérable, la surface du kyste qui la renferme, et, par conséquent, les points de contact de la surface sensible avec l'air atmosphérique ou le pus vicié, étant augmentés, les désordres deviennent souvent effrayants, et peuvent être portés au point de produire la mort. Cette funeste terminaison est d'autant plus à craindre que, la plupart du temps, les affections dont il s'agit dépendent d'un vice constitutionnel qui a affaibli les ressorts de l'organisation, et l'a rendue plus apte à s'affecter sous l'influence des causes délétères qui peuvent l'assiéger.

Il n'est donc point étonnant qu'un grand nombre de chirurgiens aient cherché par tous les moyens possibles à éviter l'ouverture des abcès froids idiopathiques ou par congestion, lorsqu'ils présentent un volume considérable. Les médications tendant à corriger le vice général qui a amené la formation de l'abcès, le traitement local sur les points correspondants à la source du pus des abcès par congestion, les toniques résolutifs et fondants de toute espèce, la compression, etc., sur les abcès froids idiopathiques, tout a été employé pour parvenir à la cure radicale de la maladie, sans être obligé d'ouvrir le foyer purulent. Crowther employait les vésicatoires entretenus au moyen du cérat de sabine, sur la tumeur même. L'un de nos anciens élèves a vu M. Marjolin mettre en usage les cautères superficiels longtemps entretenus sur la tumeur même; et l'on cite quelques cas de guérison obtenus ainsi par le moyen des révulsifs appliqués localement sur la saillie formée par la collection purulente.

Cependant, il faut le dire, il est infiniment rare que le chirurgien, malgré tous les désordres qu'il prévoit devoir succéder à l'ouverture artificielle des grands abcès froids ou par congestion, puisse se dispenser de pratiquer cette ouverture. Car si, dans les cas infiniment rares que je viens de citer, la nature a pu faire les frais de résorption salutaire, il n'en est pas moins vrai que la temporisation amène ordinairement un décollement de plus en plus considérable des parties voisines de l'abcès, une

augmentation de jour en jour croissante, de la collection et, par conséquent, de l'étendue de la surface qui doit subir l'influence funeste du contact de l'air. Or, comme tôt ou tard l'ouverture spontanée doit avoir lieu, et qu'alors naturellement les accidents seront augmentés, attendu qu'ils sont toujours en raison directe du volume du kyste purulent, il en résulte que la conduite la plus sage est celle qui consiste à ouvrir les abcès froids ou par congestion d'une manière artificielle. M. Roux a très-bien fait remarquer que ces collections, quoique n'exigeant point une ouverture immédiate, la réclament cependant toujours après un laps de temps qui ne doit point être trop considérable.

Mais comment faut-il ouvrir les abcès froids et les abcès par congestion? Faut-il le faire au moyen d'une petite ouverture temporaire que l'on referme aussitôt pour empêcher l'entrée de l'air, ou bien convient-il de donner une issue large à la matière purulente afin d'empêcher l'air de croupir dans le foyer? Ces deux opinions ont été également adoptées, et l'on trouve aujourd'hui des partisans pour l'une et pour l'autre méthode. A la première de ces méthodes appartiennent l'ouverture au moyen des ponctions successives, soit avec la lancette, soit avec le trois-quarts, la ponction au moyen du fer rouge, et l'évacuation du pus au moyen d'une ventouse. A la seconde se rapportent les sétons traversant la tumeur, les incisions parallèles, le caustique, l'incision très-étendue combinée avec l'application d'un grand nombre de sangsues pour éviter l'inflammation, comme le recommande M. Lisfranc. J'ai successivement mis en usage la plupart de ces moyens; mais les nombreux insuccès qu'ils m'ont procurés, m'ont engagé à chercher s'il ne serait point possible d'éviter, en grande partie, les accidents dont ils sont accompagnés, par un procédé nouveau. Je crois avoir réussi, sinon d'une manière complète, du moins assez pour diminuer de beaucoup les dangers de l'opération.

Partant de ce principe que c'est l'inflammation du kyste purulent par le contact de l'air, qui détermine les désordres graves qui succèdent à l'ouverture des grands abcès froids ou par congestion, je pensai que si on pouvait enlever ce kyste, on éliminerait avantageusement du sein de l'économie un organe susceptible

de l'infecter par son altération, et que l'on réduirait ainsi la cavité de l'abcès au plus grand état de simplicité possible. J'avais remarqué qu'après l'extirpation de loupes ou de kystes ordinaires, quelquefois énormes, il survenait rarement des désordres bien graves. Or, il est évident que la membrane qui renferme le pus d'un abcès froid ou par congestion étant enlevée, la cavité qui résulte de cette extirpation devient tout à fait identique à celle que produit l'enlèvement d'une tumeur quelconque enchassée au milieu du tissu cellulaire. Des deux côtés l'on a une surface constituée par des lamelles aréolaires non condensées sous forme de membrane; cette surface doit suppurer, il est vrai, pour que le recollement ait lieu; mais le travail pyogénique dont elle devient le siége ne peut nullement être comparé à celui qui s'exécute dans la cavité d'un kyste purulent ouvert; la suppuration qui en résulte est de bonne nature, à moins que des circonstances imprévues ne viennent entraver la marche ordinaire des choses, et elle ne ressemble nullement à cet écoulement infect, putride, qui provient de l'intérieur des vastes abcès froids; la pousse des bourgeons charnus est rapide, et la cicatrisation ne se fait ordinairement pas attendre, tandis que dans l'autre cas lorsque la mort n'est point le résultat immédiat de l'inflammation du kyste, la persistance d'un suintement fétide pendant un temps ordinairement très-long, atteste toute la difficulté qu'éprouve la nature à recoller les surfaces opposées de la cavité morbide. Le raisonnement théorique m'indiquait donc qu'en enlevant la membrane d'enveloppe du foyer purulent, et en convertissant ainsi celui-ci en une surface cellulaire qui se trouvait dans toutes les circonstances les plus favorables à la cicatrisation, j'aurais augmenté au décuple les chances d'une terminaison favorable.

Je résolus alors de mettre mon idée en pratique à la première occasion, fatigué que j'étais de perdre une grande partie des malades qui se présentaient chez moi avec de vastes abcès froids ou par congestion.

L'observation que je vais avoir l'honneur de vous présenter, messieurs, vous attestera que mes espérances n'ont point été déçues, et vous remarquerez sans doute comme moi combien

les accidents consécutifs ont été peu graves, eu égard à l'énorme étendue de la cavité de l'abcès.

Augustine Jamart, de Ladeuze, couturière, âgée de 20 ans, d'une constitution lymphatique, a été menstruée depuis l'âge de 17 ans d'une manière fort irrégulière. Depuis deux ans elle a souvent ressenti après un travail un peu fatigant, une pesanteur dans les lombes, qui se dissipait d'abord par la promenade, mais qui bientôt est devenue de plus en plus persistante, surtout depuis un an. Neuf mois avant son entrée à l'hôpital, ayant porté instinctivement la main à la partie postérieure de la cuisse gauche où elle ressentait une espèce de gêne, elle y découvrit une tumeur qui bientôt acquit un volume remarquable.

Cette tumeur n'avait été le siége d'aucune douleur et elle n'en présenta aucune jusqu'au moment de l'entrée d'Augustine à l'hôpital. Quelques mois après, les douleurs lombaires prirent un accroissement très-appréciable, et leur intensité devint telle que la malade fut forcée de quitter son état de couturière, qui l'obligeait à être constamment penchée en avant, pour celui de bonne d'enfant. L'augmentation continuelle de tous ces symptômes détermina enfin Augustine à entrer à l'hôpital St-Pierre, le 19 mars 1857.

L'inspection de la malade nous conduisit à découvrir les altérations suivantes : tumeur volumineuse, ovale, allongée de haut en bas, située à la partie postérieure de la cuisse gauche, où elle occupe tout l'espace compris entre le bord inférieur du muscle grand fessier jusqu'au-dessus du creux poplité, en possédant dans le sens transversal cinq pouces de largeur : elle ne présente ni changement de couleur à la peau, ni douleur, ni mouvements d'expansion isochrones à ceux du pouls, ni bruissement ; elle est fluctuante, ne gêne que par son poids, et ne détermine aucun symptôme de compression du côté du membre. Le fémur ne paraît aucunement malade ; l'utérus exploré tant par le vagin qu'à travers les parois abdominales et par le rectum, ne présente aucune altération sensible : son col n'est ni engorgé, ni douloureux. En pressant avec un peu de force la région du flanc gauche vers la colonne vertébrale, on découvre

trois tumeurs dures, indolores, du volume double de celui d'un œuf de pigeon. Cette circonstance attirant toute l'attention vers le rachis, on l'examine avec tout le soin possible : soit que la malade se couche sur le ventre, soit qu'elle se mette sur ses genoux, le tronc étant placé horizontalement, on remarque une saillie assez marquée de l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire, surmontée d'une dépression qui la sépare de l'apophyse épineuse de la dernière dorsale. Le rachis présente en cet endroit une légère incurvation à convexité tournée à droite. Toutes ces particularités deviennent plus saillantes et plus sensibles par la comparaison que l'on fait du dos de la malade avec celui de plusieurs de ses voisines.

Diagnostic. — Abcès par congestion provenant probablement de l'altération de quelques vertèbres, et spécialement de la dernière dorsale et de la première lombaire.

Je me décidai à pratiquer l'ouverture du foyer purulent combinée à l'excision de la plus grande partie possible du kyste qui renfermait le liquide. En conséquence, le 27 mars je fis une incision verticale sur la tumeur, s'étendant du bord inférieur du muscle grand fessier à la partie supérieure de la région poplitée; cette incision qui n'intéressait que la peau, mit à découvert le kyste, que je disséquai ensuite jusqu'à l'endroit où il commençait à pénétrer dans les régions profondes, entre les muscles de la région postérieure de la cuisse. Je pratiquai alors une ponction qui fournit environ trois livres d'un liquide séro-purulent, grumeleux, d'un jaune verdâtre. Je terminai par l'excision de la plus grande étendue du kyste : je fus obligé d'employer pour celà successivement le bistouri, les ciseaux courbes et ceux de Dubois. Le kyste se prolongeait inférieurement entre les muscles demi-membraneux, biceps et demi-tendineux, en y formant un cul-de-sac : supérieurement il se dirigeait en se rétrécissant à la manière d'un infundibulum vers la grande échancrure sciatique. Il était intimement adhérent aux muscles avec lesquels il était en contact, de manière que je dus mettre ceux-ci à découvert, pour le détacher : je cessai supérieurement la dissection du kyste au niveau de la partie moyenne du muscle grand fessier, les ciseaux courbes dont je me servais ne pouvant plus pénétrer

plus avant sans danger, pour achever cette dissection. J'introduisis alors une sonde de gomme élastique n° 8 dans l'infundibulum du kyste, et je la fis pénétrer par l'échâncrure sciatique jusque dans le petit bassin et même au-dessus : la sonde toute entière était introduite dans le canal anormal, et cependant aucun obstacle ne l'arrêtait encore, ce qui donnait à supposer qu'avec une autre plus longue j'aurais pénétré bien plus avant. En allant à la recherche de l'extrémité de la sonde à travers les parois abdominales, on la percevait de la manière la plus évidente vers le bord supérieur et postérieur du petit bassin.

L'opération dura peu de temps. L'hémorrhagie fut peu abondante. Le pansement consista dans quelques bandelettes agglutinatives, de la charpie, quelques compresses, et une bande médiocrement serrée pour établir une légère compression. Une vessie pleine de glace fut appliquée de chaque côté de la cuisse, dans le but de prévenir l'inflammation. — Position horizontale. — Diète; boissons acidulées.

28 mars. Il y a eu de l'insomnie, réaction légère, céphalalgie, légère douleur à la cuisse.

29. Réaction diminuée, presque plus de douleur à la cuisse.

Avril, 1, 2, 3. Peu de fièvre, sommeil léger; la céphalalgie persiste et s'exaspère surtout le soir, constipation. — 6 sangsues à la tête, limonade, lavement.

4. La céphalalgie et la fièvre sont presque nulles. Le pansement étant levé, on remarque à peine du gonflement; la plaie est blafarde, la suppuration séreuse, assez abondante; les bords des emplâtres agglutinatifs sont entourés d'une auréole érysipélateuse. On panse avec des bandelettes d'ichthyocolle, au lieu de sparadrap. Toujours une légère compression. Suppression de la glace. Soupe maigre.

6. Plus de fièvre ni de céphalalgie, l'appétit se prononce; les bords de la plaie sont réunis dans le tiers moyen; la suppuration est de bonne nature; les douleurs lombaires reparaissent encore, mais moins vives qu'auparavant — même pansement. — Légumes.

19. La suppuration qui jusqu'ici avait été très-louable, de-

vient séreuse, floconneuse, verdit le linge, est plus abondante, fétide, surtout celle qui s'échappe de la partie supérieure de la plaie; celle-ci est presque cicatrisée dans ses 2/3 inférieurs; la partie supérieure reste fistuleuse, blafarde. L'on maintient rapprochés les 4/5 inférieurs de la plaie; sa partie supérieure est laissée libre pour l'écoulement du pus provenant du trajet fistuleux. — Régime gras.

25. Les 4/5 inférieurs de la plaie sont cicatrisés; la partie supérieure reste fistuleuse et donne passage à une suppuration séro-floconneuse abondante. Les douleurs lombaires se manifestent plus fréquemment, et d'une manière plus intense; l'apophyse épineuse de la 1re vertèbre lombaire est devenue plus saillante depuis que l'amaigrissement a eu lieu. — Pansement sec, régime tonique. Elle se lève.

30. L'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire conserve toujours sa proéminence. — Deux cautères sont ouverts sur les côtés de l'apophyse saillante. Léger exercice en plein air.

20 mai. La santé se rétablit insensiblement, les caustiques donnent une suppuration; les douleurs lombaires sont moins fréquentes et moins vives; la suppuration que fournit l'ouverture fistuleuse est toujours abondante, séreuse et fétide.—Augustine part pour aller respirer l'air de la campagne.

Au mois de juin 1837, l'interne apprend d'un des voisins d'Augustine que la plaie existe toujours et livre passage à une grande quantité d'eau sale et fétide, que sa santé se rétablit, que ses règles n'ont pas reparu, et que les douleurs lombaires persistent.

En octobre 1838, M. Varlez, de Chièvres, publie dans l'*Encyclographie* (voir le numéro d'octobre 1838, *Bulletin médical belge*), que le 31 mai 1837, ayant été appelé pour traiter l'affection d'Augustine Jamart, il reconnut que la maladie n'était point un abcès par congestion, mais bien un abcès froid; qu'en conséquence il fit disparaître les exutoires établis à la région lombaire, qu'il prescrivit les injections chlorurées, la compression, le régime tonique, l'usage interne de l'iodure de potassium à la dose d'un 1/2 gros en 24 heures; que sous l'influence de cette

médication l'état de la jeune personne s'améliora, et que le pus qui avait été de mauvaise nature jusqu'alors, devint louable ; que le 10 septembre il ne restait qu'une plaie superficielle et non fistuleuse de la grandeur d'un 1/2 franc, qu'en octobre elle retourna à Bruxelles, et qu'il a appris depuis qu'elle a toujours joui d'une bonne santé.

En novembre 1838, M. Van Hoeter, un de mes anciens élèves internes, visita Augustine Jamart. La plaie était fermée, et la santé complétement rétablie.

—

Cette observation, comme je vous l'avais annoncé, messieurs, frappe par le peu de phénomènes alarmants produits par l'ouverture d'un kyste purulent présentant des dimensions énormes; en effet, tous les accidents se résument en quelques jours d'une céphalalgie insignifiante, accompagnée d'un peu d'insomnie et d'une légère douleur à la cuisse malade. Ce n'est point ainsi certainement que se passent d'ordinaire les jours qui suivent l'évacuation du pus des vastes abcès froids ou par congestion; et quiconque a ouvert une grande quantité de ces abcès, quiconque a été témoin des désordres épouvantables qu'entraîne presque toujours cette ouverture, ne peut s'empêcher souvent d'une espèce de sentiment de terreur lorsqu'il s'agit de plonger le bistouri dans une tumeur semblable, et d'ouvrir ainsi d'une manière presqu'inévitable le cortége effrayant de symptômes qui n'aboutit que trop souvent à une mort prompte et douloureuse.

A quoi devons-nous ici, messieurs, cette absence presque complète de réaction? plusieurs personnes pourront en trouver la cause dans la constitution molle et lymphatique de la jeune fille, dans le peu de sensibilité de son organisme, dans l'étendue de l'incision pratiquée, dans l'efficacité des moyens antiphlogistiques énergiques mis en usage immédiatement après l'opération. Pour moi, qui ai opéré souvent dans des circonstances à peu près semblables à celle-ci, qui ai fréquemment tenté les mêmes moyens antiphlogistiques sans en avoir obtenu à beaucoup près les mêmes effets, je ne balance pas à attribuer le suc-

cès de la cure à l'excision d'une très-grande partie du kyste. En enlevant comme je l'ai fait à peu près les 3/4 de cette poche, j'ai selon moi diminué des 3/4 les probabilités pour le développement des accidents consécutifs.

Vous partagerez cette conviction avec moi, messieurs, si vous remarquez avec attention quelle a été la marche de la cicatrisation dans les différents points de la surface de la plaie. En supposant la sécrétion du pus fixée au niveau du corps des vertèbres lombaires, et le trajet de ce pus représenté par une ligne longeant la face postérieure du nerf sciatique, il est évident que lorsque le liquide arrivera vers l'extérieur du bassin rencontrant dans cet endroit la face interne du grand fessier qui lui oppose une résistance insurmontable, il aura une tendance manifeste à descendre directement le long de la face postérieure du grand adducteur où se trouve le nerf sciatique, et à filtrer pour ainsi dire entre les muscles demi-tendineux, biceps et demi-membraneux, pour se porter ainsi vers la partie la plus déclive du sac qui le contient. En supposant ensuite qu'une grande incision ayant été pratiquée depuis le bord inférieur du muscle grand fessier jusqu'à la partie inférieure du sac, le liquide puisse choisir les différents points de cette incision pour se porter au-dehors, la raison indique qu'il se dirigera de préférence vers la partie inférieure à cause des dispositions anatomiques que je viens de signaler. Il est donc infiniment probable que dans les circonstances ordinaires, le pus se serait réservé une fistule d'écoulement dont l'orifice aurait existé vers la partie supérieure du creux poplité. Dans l'observation que j'ai l'honneur de vous communiquer, messieurs, l'orifice fistuleux a eu, au contraire, une propension évidente à se placer vers le bord inférieur du muscle grand fessier : pourquoi ? parce que les endroits correspondants aux portions du kyste disséqués et enlevés se sont trouvés dans des conditions de cicatrisation infiniment plus avantageuses que ceux où le kyste a persisté. Parce que cette cicatrisation a été opérée bien avant le temps moral nécessaire au tarissement de la source d'où provenait le pus, et qu'ainsi la fistule a été forcément refoulée au point le plus élevé possible, c'est-à-dire au-dessous du bord inférieur du muscle fessier. Toutes les por-

tions de la plaie correspondantes aux parties enlevées du kyste ont été parfaitement cicatrisées dans un assez court espace de temps; elles n'ont eu besoin que de la période qui est ordinairement nécessaire à la guérison de toutes les plaies qui se cicatrisent au moyen du travail suppuratoire. Il est donc évident, comme je le disais tantôt, que ces parties là ont été soustraites aux accidents qui menacent toujours les kystes purulents ouverts, accidents qui sont d'une nature bien différente de celle des phénomènes réguliers qui se sont manifestés dans la surface suppurante dont il est question.

Remarquez encore, messieurs, que d'après l'observation ci-dessus relatée, la suppuration n'a paru de bonne nature qu'au deuxième pansement et qu'à partir du 19 avril, épopue où les 2/3 inférieurs de la plaie se sont cicatrisés, la matière qui s'est écoulée par la fistule a constamment été fétide et séro-floconneuse. A quoi tient cette particularité? à ce qu'au deuxième pansement, la partie de la plaie où le kyste avait été enlevé était en pleine suppuration, et que le pus qu'elle fournissait se trouvait mélangé au liquide de mauvaise nature provenu du petit bassin : plus tard ce dernier produit de sécrétion restant seul, a naturellement présenté les caractères propres au pus de mauvaise qualité.

Il me paraît donc prouvé par ces phénomènes qui ont suivi l'opération pratiquée sur Augustine Jamart, que l'excision du kyste a été infiniment avantageuse, et que dorénavant l'on pourra éviter une partie des accidents résultant de l'ouverture des grands abcès froids ou par congestion en se conduisant comme je l'ai fait dans ce cas. Je ne doute nullement que si j'avais eu affaire à un véritable abcès froid, la cicatrisation aurait été opérée en un mois de temps sans développement de symptômes bien inquiétants; car alors, je n'aurais point trouvé un infundibulum conduisant dans un canal fistuleux inaccessible aux instruments employés pour l'excision du kyste; je n'aurais point par conséquent dû laisser intacte une portion de la membrane dont l'altération développe tous les accidents; et surtout, je n'aurais point eu une source pyogénique qui supposait nécessairement la persistance d'un tube éliminateur ouvert à l'extérieur.

L'on ne peut point juger de la valeur d'un moyen thérapeutique par une seule épreuve. Mais si mes raisonnements théoriques sont justes, messieurs, j'ai la pleine confiance que toutes les fois qu'il sera possible de détruire en entier le kyste purulent, vu la position favorable de l'abcès, l'on pourra compter que les accidents consécutifs ne se développeront pas. Ainsi, dans les abcès froids qui ne seront point logés trop profondément dans les parties, dans les abcès par congestion chez lesquels on pourra parvenir au moyen de l'incision jusqu'à l'organe qui fournit le pus, le kyste pouvant être détruit en entier, les symptômes fâcheux ne se montreront pas. Il est bien entendu toutefois que dans les abcès par congestion la fistule persistera aussi longtemps que la cause ne sera point détruite.

J'ai tellement la conviction que le praticien doit s'attacher d'une manière toute spéciale à la destruction de la poche qui contient le pus, que dans les cas où certaines circonstances empêcheraient de la disséquer en entier, je proposerais d'y remédier par la cautérisation potentielle, soit au moyen du nitrate d'argent promené dans les anfractuosités de la cavité du kyste, soit au moyen d'injections composées d'une solution plus ou moins saturée de ce même sel. J'engage les praticiens à essayer ce moyen, et je me propose d'en faire moi-même usage, si l'occasion s'en présentait dans ma pratique.

—

M. Varlez, de Chièvres, a contesté comme je l'ai dit plus haut, l'exactitude de mon diagnostic dans le cas dont il s'agit. Dans un article inséré dans l'*Encyclographie* en octobre 1838, il a prétendu que j'avais eu sous les yeux un abcès froid, et non pas un abcès par congestion. J'ai répondu dans le *Bulletin médical belge* (décembre 1838) que, sans avoir la prétention d'être infaillible, je persistais à avoir la conviction que mon diagnostic avait été juste pour ce qui regardait l'affection d'Augustine Jamart : que j'étais d'autant plus autorisé à maintenir ma première idée, que plusieurs de mes collègues de la Faculté de médecine, plusieurs autres docteurs, et quelques médecins

étrangers, avaient examiné soigneusement le cas avec moi, et que leur opinion avait été en tout conforme à la mienne; que je m'engageais donc à prouver à M. Varlez, scientifiquement, rationellement, anatomiquement et même physiquement que l'erreur de diagnostic n'était point de mon côté. C'est cet engagement que je vais remplir maintenant.

Pour démontrer à M. Varlez qu'il s'est trompé lorsqu'il a prononcé que je m'étais trompé moi-même, il faudrait savoir au juste quelles ont été les raisons qui lui ont fait porter un diagnostic différent du mien : c'est ce qui n'est nulle part exprimé d'une manière explicite, dans l'article inséré dans l'Encyclographie. M. Varlez se borne à dire qu'après l'inspection de la malade, il n'hésita point à se prononcer contre l'opinion du chirurgien en chef de l'hôpital St-Pierre. Cependant, si nous jugeons par les citations qu'il met en tête de son article, il paraîtrait qu'il se fonde sur cette distinction établie par Boyer entre l'abcès froid et l'abcès par congestion. (« On distinguera un abcès » par congestion d'un abcès froid, si l'on fait attention que dans » celui-ci le malade n'a éprouvé aucune douleur avant le développement de la tumeur, et que celle qu'il ressent dans les » progrès de la maladie a toujours son siége où se forme la collection purulente ; tandis que dans l'abcès par congestion, le » malade a constamment éprouvé, longtemps avant la manifestation de la tumeur, une douleur sourde dans quelque point » de la colonne vertébrale, plus ou moins éloigné du siége de » la tumeur, et n'en sent au contraire aucune dans cette dernière. ») Et en même temps sur un autre passage de M. Bourjot St-Hilaire, suivant lequel, dans une carie de la dernière vertèbre dorsale ou de l'une des quatre premières lombaires, le pus doit fuser le long du nerf crural, pour sortir par l'arcade externe du ligament de Fallope, à la partie supérieure externe de la cuisse.

Si ce sont bien là les raisons de M. Varlez, il faut supposer qu'il n'aura pas interrogé la malade avec tout le soin qu'exigeait un pareil cas ; car sans cela elle lui aurait dit comme à nous, qu'elle ressentait depuis longtemps des douleurs sourdes vers la région lombaire, douleurs en tout semblables à celles qu'éprouvent les

individus menacés d'abcès par congestion, et qu'indique Boyer dans le passage cité par M. Varlez; en outre, elle lui aurait dit que la douleur siégeait si peu dans l'endroit où s'est manifestée la collection, que ce ne fut que par hasard qu'elle la découvrit en y portant machinalement la main. Muni de ces renseignements, M. Varlez se serait sans doute abstenu de citer un passage qui est tout à fait opposé à son opinion.

Nous avons aussi, nous, eu pour première pensée que la collection ne constituait qu'un abcès froid : c'est par les recherches minutieuses auxquelles nous nous sommes livrés, que nous nous sommes vus forcés d'abandonner notre opinion primitive. Mais, je le demande à M. Varlez, quand un praticien a devant les yeux une collection considérable siégeant au-dessous de la fesse; quand cette collection a été précédée longtemps d'avance par une douleur sourde dans un point de la colonne vertébrale, quand, dans ce point même, une déformation évidente se manifeste, quand surtout la palpation fait découvrir sur le côté de la colonne vertébrale correspondant à la collection, *trois tumeurs dures, indolores,* indiquant un engorgement des parties qui avoisinent l'endroit où les douleurs se sont manifestées, quand, dis-je, toutes ces circonstances se présentent à la fois, quel serait le chirurgien qui aurait diagnostiqué d'abord un abcès froid, ne réformerait à l'instant même son jugement pour reconnaître un abcès par congestion? Si tous les signes que je viens d'indiquer ne suffisent point pour prouver l'existence d'un de ces abcès, je ne sais plus quels pourront être les moyens d'investigation propres à le faire reconnaître. Faudrait-il donc pour vaincre l'incrédulité de M. Varlez, des incurvations considérables de la colonne vertébrale, une diathèse d'altérations osseuses, une constitution déjà délabrée par une suppuration énorme? Alors ce ne serait que lorsque les ressources de l'art sont devenues impuissantes qu'il pourrait asseoir un diagnostic d'une manière certaine; et je blâmerais en lui un défaut de perspicacité comme je lui reproche d'avoir voulu en afficher de trop, et à tort, en trouvant inexacte l'opinion de mes confrères et la mienne.

Le raisonnement et la notion parfaite des phénomènes qui accompagnent le développement des abcès par congestion, aurait

donc dû convaincre M. Varlez de la justesse de notre diagnostic, s'il s'était donné la peine d'interroger soigneusement la malade sur les circonstances commémoratives. L'anatomie, qu'il semble invoquer à son aide pour prouver, d'après M. Bourjot St-Hilaire, que les abcès provenant de l'altération de la colonne vertébrale doivent se faire jour par la région de l'aine, l'anatomie, dis-je, ne soutient pas plus son opinion que le raisonnement et la pathologie. En effet, quels sont les conducteurs du pus dans l'immense majorité des cas d'abcès par congestion? Sans contredit, ce sont les aponévroses d'abord, puis en second lieu les nerfs et les vaisseaux. Or, si M. Varlez avait jeté un coup d'œil attentif sur la disposition anatomique de la région lombo-pelvienne, il aurait reconnu que le pus peut tout aussi bien sortir du bassin par l'échancrure sciatique que sous l'arcade crurale. Le liquide provenu des vertèbres lombaires, ayant disséqué le plexus lombaire, et étant parvenu vers la partie inférieure de ce plexus, trouve naturellement deux voies par lesquelles il peut continuer à descendre; l'une est celle que lui trace le nerf crural, sous l'aponévrose fascia-iliaca, l'autre est celle que lui présente le gros tronc nerveux lombo-sacré, qui joint le plexus lombaire et sciatique; souvent, il est vrai, le pus suivra le nerf crural, parce que la route qu'il lui présente est plus directe et plus en rapport avec les lois de la gravitation; mais cependant rien n'empêche qu'il ne puisse aussi se diriger vers le petit bassin, car l'on sait que l'aponévrose de Carcassonne passe *au-devant* du plexus sciatique, et que le fascia-iliaca présente, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, une arcade qui laisse passer sous elle le tronc lombo-sacré, de sorte qu'aucun obstacle aponévrotique ne peut s'opposer de ce côté là à la descente du pus; ce liquide, arrivé une fois vers le plexus sciatique, continue à descendre le long du nerf du même nom qui en est la terminaison, et des vaisseaux fessiers, et vient ensuite s'amasser à la partie postérieure de la cuisse, comme dans le cas d'Augustine Jamart.

Mais quand bien même l'anatomie ne démontrerait pas à l'évidence que le pus provenu des vertèbres lombaires, peut tout aussi bien apparaître à la partie postérieure de la cuisse qu'à l'antérieure, les faits pratiques ne sont-ils point là pour dissiper

toute espèce d'incertitude à cet égard? M. Varlez n'a-t-il donc jamais vu de ces lésions vertébrales sur l'existence desquelles aucune espèce de doute pouvait exister, et où le pus est venu en même temps faire saillie à la région inguinale et à la région fessière? Pour mon compte, j'en ai vu de semblables, et, qui plus est, j'ai eu le malheur de pouvoir constater par l'autopsie les particularités qui s'y attachaient. Or, si dans certaines circonstances, le pus vient apparaître en totalité à la région inguinale, et dans d'autres en même temps dans cette région et à la fesse, pourquoi ne pourrait-il pas aussi, sous l'influence de certaines causes difficiles à apprécier, venir se montrer en masse dans cette dernière région seulement?

Il existe dans l'économie une loi en vertu de laquelle les liquides amassés au milieu des tissus, tendent naturellement à se porter au dehors par le plus court chemin possible, quand ils sont de nature à être éliminés. Ainsi, en supposant une collection formée à la partie postérieure de la cuisse, le pus trouvant peu de résistance du côté de l'aponévrose fascia-lata, à cause de son peu d'épaisseur en cet endroit, distendra d'abord cette aponévrose et finira enfin par la perforer en un point qui sera ordinairement situé vers la partie la plus déclive. Il est hors de toute probabilité que ce liquide, au lieu de se comporter de cette manière, aille de préférence refluer vers le petit bassin et se diriger enfin vers l'abdomen : car non-seulement cette marche serait contraire aux lois de la pesanteur, mais encore elle contrarierait par trop évidemment les efforts salutaires de la nature. Ce serait cependant ce qui aurait dû arriver dans le cas d'Augustine Jamart, si la collection avait été un abcès froid : car après l'excision du kyste, une sonde a si bien pénétré dans la cavité du petit bassin, que les doigts appliqués sur les parois abdominales l'ont perçue de la manière la plus évidente vers le bord supérieur de la cavité pelvienne. M. Varlez a-t-il eu connaissance de ce fait? je ne le pense pas; car à lui seul, selon moi, il constitue un signe physique contre lequel tous les arguments possibles formés dans le but de soutenir l'existence d'un abcès froid, viennent se briser d'une manière inévitable. Que le trajet fistuleux n'ait pu être constaté par M. Varlez lorsqu'il fit l'inspection

de la plaie, ou même qu'il n'ait pas eu l'intention de le rechercher, cela est possible : mais tout cela ne détruit pas cette vérité que j'en ai démontré l'existence vis-à-vis d'un grand nombre de personnes, qui ont pu, comme moi, constater par la palpation la présence de l'extrémité de la sonde dans le petit bassin, et même plus haut.

Pour mettre tout à fait M. Varlez à son aise, je veux bien maintenant supposer un instant que les signes n'aient pas été suffisamment tranchés pour faire admettre une carie de la colonne vertébrale. Que prouverait cela contre mon diagnostic? Rien encore : car tous les abcès par congestion ne reconnaissent point nécessairement pour cause une affection osseuse : n'a-t-on pas vu fréquemment, par exemple, une partie du mésentère entrer en suppuration et donner lieu à des collections éloignées? N'est-il pas encore bien avéré aussi que très-souvent le tissu cellulaire qui environne le muscle psoas constitue seul les éléments du liquide morbide, si bien qu'à l'autopsie on trouve les vertèbres seulement dénudées, et nullement désorganisées par un travail analogue à celui de la carie?

Je pourrais encore donner d'autres raisons pour corroborer toutes celles que je viens d'énoncer. Mais, de bonne foi, quand on jette un coup d'œil sur l'ensemble des particularités qu'a présentées l'observation d'Augustine Jamart, peut-on se refuser à admettre qu'elle a été véritablement affectée d'un abcès par congestion? Tout n'indique-t-il pas qu'un écoulement purulent abondant et fétide qui demande un an pour se tarir complétement, malgré le peu d'accidents qui entravent la marche de l'affection et malgré les moyens généraux et locaux les plus énergiques et les mieux appliqués, tout cela, dis-je, n'indique-t-il pas une cause éloignée dont la disparition est nécessairement lente, et qui subordonne à sa marche propre la marche des phénomènes qu'elle a produits? Est-ce bien ainsi que les choses se seraient passées dans un abcès froid ? Toute l'étendue de la plaie ne se serait-elle pas cicatrisée avec la même rapidité que la partie inférieure, si la reproduction continuelle d'un nouveau pus qui exigeait un orifice d'écoulement n'avait empêché l'agglutination d'une partie des lèvres de la solution de continuité?

Résumons-nous, et concluons de tout ce qui précède que M. Varlez a eu tort de nous accuser d'avoir fait un faux diagnostic dans le cas d'Augustine Jamart, qu'il aurait dû s'informer des circonstances commémoratives à nous relatées par la malade et de celles relatives à l'époque où nous l'avons traitée, pour avoir le droit d'improuver notre diagnostic et notre conduite; qu'à l'époque où il a vu la malade, il pouvait fort bien se faire que les signes qui nous avaient évidemment indiqué un abcès par congestion n'existassent plus avec autant de clarté que lorsque nous l'avons examinée nous-mêmes; qu'il a agi pour le moins avec légèreté en supprimant les exutoires placés vis-à-vis des premières vertèbres lombaires, que, du reste, le traitement, tout convenable qu'il pouvait être, n'a cependant point réussi, comme le constate l'historique qu'il donne lui-même de la maladie, à supprimer l'écoulement du pus avant cinq ou six mois, ce qui milite fortement en faveur de l'existence d'une altération organique située plus haut. Enfin, disons que M. Varlez a eu tort de critiquer publiquement le jugement d'un assez grand nombre de professeurs et docteurs de Bruxelles, tandis qu'il était si facile de tourner contre son opinion les notions pathologiques, le raisonnement, l'anatomie et même l'exploration par le toucher, et de renverser, au moyen de la reproduction de quelques faits qu'il ignorait, le faible échafaudage qu'il avait élevé pour la démonstration de son abcès froid.

Rapport sur le mémoire qui précède (1).

Résumé du mémoire.— Les abcès par congestion ou abcès froids forment, comme on le voit, le sujet de ce rapport. M. Seutin a pour but de préconiser l'excision du kyste, comme une méthode curative. Il commence par exposer le tableau des accidents graves et souvent mortels qui suivent l'ouverture artificielle ou spontanée de ces abcès; fait ensuite l'énumération raisonnée des moyens curatifs proposés par les chirurgiens les plus célèbres, soit pour donner issue à la matière,

(1) *Commissaires:* MM. A. Uytterhoeven et V. Uytterhoeven, M. Langlet, *rapporteur.*

soit pour guérir le mal par des modificateurs locaux et généraux, et il finit par conclure que la conduite la plus sage, consiste à ouvrir ces sortes d'abcès d'une manière artificielle.

Mais comment faut-il ouvrir les abcès froids et les abcès par congestion? L'auteur passe en revue les divers procédés conseillés dans ce cas, et il assure en avoir mis la plupart en usage; mais les nombreux insuccès qu'ils lui ont procurés, l'ont engagé à chercher s'il ne serait pas possible d'éviter, en grande partie, les accidents dont ils sont accompagnés, par un procédé nouveau : il croit avoir réussi, dit-il, sinon d'une manière complète, du moins assez pour diminuer de beaucoup les chances funestes de l'opération.

Partant de ce principe que c'est l'inflammation du kyste purulent, occasionnée par le contact de l'air, qui détermine les désordres graves qui succèdent à l'ouverture des grands abcès froids ou par congestion, il pense que si l'on pouvait enlever ce kyste, on éliminerait du sein de l'économie, un organe susceptible de l'infecter par son altération, et que l'on réduirait ainsi la cavité de l'abcès au plus grand état de simplicité possible. Il fonde son opinion sur l'innocuité de l'extirpation de loupes ou de kystes quelquefois énormes, exemple qu'il appuie de plusieurs considérations physiologiques et pathologiques. Enfin, fatigué qu'il était de perdre une grande partie des malades qui se présentaient chez lui avec de vastes abcès froids ou par congestion, l'auteur résolut de mettre son idée en pratique à la première occasion. Elle ne tarda pas à se présenter et le cas qu'il cite corrobore ses espérances. Voici le résumé de cette observation : il s'agit d'une jeune fille qui portait une tumeur volumineuse à la partie postérieure de la cuisse gauche, où elle occupait tout l'espace compris entre le bord inférieur du muscle grand fessier et le creux poplité. Cette tumeur présentait tous les caractères d'un abcès par congestion, diagnostic qui acquérait encore plus de certitude par l'existence d'une difformité très-sensible de la colonne vertébrale à la hauteur de la première vertèbre lombaire. Il est seulement à regretter que l'auteur n'ait point constaté la répulsion du pus sous la main qui comprime la poche.

Le diagnostic bien établi, M. Seutin fit l'opération : une grande partie du kyste fut enlevée, la plaie qui en résulta se cicatrisa lentement. Aucun des accidents formidables signalés plus haut, ne vint entraver la marche de la plaie vers une guérison, qui, quoique tardive, n'en fut pas moins certaine.

Portant aussi son attention du côté de la colonne vertébrale, deux cautères furent appliqués sur ses côtés au niveau de l'endroit affecté, et la suppuration en fut entretenue. Régime tonique. La malade demanda sa sortie pour aller à la campagne; elle était dans un état très-satisfaisant; l'ouverture restée fistuleuse fournissait encore beaucoup d'eau salée et puante.

Pendant son séjour à la campagne, Augustine Jamart reçut des soins de M. le docteur Varlez, de Chièvres, qui reconnut que la maladie dont cette personne était affectée n'était pas un abcès par congestion, mais bien un abcès froid, et il publia son opinion dans le *Bulletin médical belge,* octobre 1838.

L'auteur met en parallèle l'épouvantable cortége des symptômes qui suivent ordinairement l'ouverture des abcès par congestion, et le peu d'intensité des désordres qui se manifestèrent après l'opération dont il s'agit; il ne balance pas à attribuer le succès brillant de cette opération, à l'excision d'une très-grande partie du kyste.

Il explique anatomiquement la marche qu'a dû suivre le pus pour arriver à l'endroit de son accumulation. Il insiste ensuite sur cette particularité que la plaie se cicatrisa de bas en haut et l'ouverture du trajet fistuleux était située à la partie postérieure de la cicatrice, mais la guérison complète ne se fit pas longtemps attendre. Il lui paraît donc prouvé que l'excision du kyste a été avantageuse, et dorénavant on pourra éviter une grande partie des accidents, résultant de l'ouverture des abcès par congestion.

Il a tellement la conviction de l'efficacité de cette pratique, qu'il conseille aux praticiens de s'attacher d'une manière toute spéciale à la destruction de la poche que contient le pus; que dans les cas où certaines circonstances empêchent de la disséquer en entier, il conseille de recourir au cautère potentiel, nitrate d'argent solide ou sa solution saturée.

Il engage les chirurgiens à essayer ces moyens.

Malgré la contestation de M. Varlez, l'auteur persiste à avoir la conviction que son diagnostic avait été juste pour ce qui concerne l'affection d'Augustine Jamart. Il s'engage donc à prouver à M. Varlez, scientifiquement, rationnellement, anatomiquement et même physiquement, que l'erreur du diagnostic n'était point de son côté.

Il énumère de nouveau les symptômes de l'affection vertébrale, et se sert des citations mêmes de M. Varlez tirées de Boyer et Bourjot St-Hilaire, pour détruire ses arguments.

Il combat ensuite le raisonnement de M. Varlez qui tend à établir que les abcès provenant de l'altération de la colonne vertébrale doivent se faire jour par la région de l'aine, et prouve par les dispositions anatomiques, que le pus peut aussi, quoique plus rarement, suivre le nerf sciatique, et venir s'amasser à la partie postérieure de la cuisse comme dans le cas d'Augustine Jamart; pour appuyer cette assertion, il invoque des faits pratiques qu'il a constatés par l'autopsie, où, à la suite d'affection vertébrale, le pus s'était porté vers la région inguinale et fessière en même temps.

Enfin l'auteur rapporte que chez Augustine Jamart, une sonde fut

introduite, après l'excision du kyste, par le trajet fistuleux, jusque dans la cavité du petit bassin, et que les doigts appliqués sur la paroi abdominale, l'ont perçue de la manière la plus évidente. En supposant, dit-il, que l'affection vertébrale ne soit pas suffisamment constatée, un abcès par congestion peut reconnaître une autre cause; le mésentère, le tissu cellulaire qui environne les psoas, peuvent suppurer et donner lieu à une collection purulente. Tout est en faveur de l'abcès par congestion, l'insuccès du traitement antérieur à l'opération, la marche et la disposition de la cicatrice qui s'est formée de bas en haut.

Il termine en disant que M. Varlez a eu tort de critiquer son diagnostic et sa conduite, conformes à l'opinion d'un grand nombre de professeurs et de médecins de Bruxelles qui ont aussi examiné la malade; qu'il a agi pour le moins avec légèreté en supprimant les cautères placés vis-à-vis des premières vertèbres lombaires, vu que le traitement qu'il a dirigé contre son prétendu abcès froid n'a pas réussi.

Rapport. — Il nous serait difficile de porter un jugment tout à fait concluant, concernant l'affection d'Augustine Jamart, regardée comme abcès par congestion par M. Seutin, comme abcès froid par M. Varlez, vu que nous n'avons pas examiné la malade. Cependant nous dirons que nous avons presque la certitude que c'était bien réellement un abcès par congestion; d'abord les symptômes relatés par M. Seutin, bien propres à ces sortes d'abcès, nous le feraient penser, ensuite l'opinion d'un praticien aussi distingué laisserait difficilement du doute. Mais, selon nous, l'évidence eût été plus manifeste encore sans l'omission d'un caractère principal: la répulsion du liquide sous une pression extérieure du sac purulent.

Tant qu'à l'opération elle-même, nous conviendrons avec l'auteur que l'on ne peut point juger de la valeur d'un moyen thérapeutique par une seule épreuve; toutefois nous applaudissons à cette heureuse inspiration chirurgicale, et nous formons des vœux pour que de nouvelles expériences confirment l'efficacité de ce procédé, alors destiné à agrandir le domaine de l'art.

Nous proposons donc de voter des remercîments à l'auteur, et l'impression de son mémoire dans les archives de la Société.

OBSERVATIONS DE RUPTURE DE L'UTÉRUS.

Par M. le docteur HOEBEKE.

En lisant l'excellent ouvrage de M. Duparcq, *Histoire complète des déchirures et des ruptures de l'utérus*, etc., livre qui

est à la hauteur des connaissances actuelles, et qui est le plus complet que nous possédions sur cette matière; je me suis souvenu de plusieurs cas de ce genre que j'avais eu occasion d'observer, et dont j'avais noté les principaux points. En ajoutant quelques faits au grand nombre de ceux qui y sont rapportés, je n'ajouterai rien aux connaissances que nous possédons sur ce sujet; mais j'ai pensé qu'ils offraient assez d'intérêt pour être conservés dans les annales de la science, et c'est dans ce but que j'ai rédigé ces observations.

Toutes les ruptures de l'utérus que j'ai eu occasion d'observer, sont survenues pendant le travail de la parturition, toutes ont été déterminées par les contractions utérines, d'autres reconnaissaient pour condition première la difformité du bassin, qui mettait un obstacle invincible à la sortie de l'enfant. J'ai publié l'observation d'un cas de ce genre dans le *Bulletin médical belge* (février 1836, p. 46); j'ai communiqué un cas analogue à la Société de médecine de Gand, qui a été inséré dans les Annales de cette Société, année 1839. Enfin j'en ai rencontré un troisième cas, dont voici la relation.

Au mois de mars 1831, je fus demandé à six heures du matin, de la part d'un de mes collègues, pour me rendre en la commune de Scheldewindeke, afin de l'aider dans l'accouchement de l'épouse D....... Arrivé sur les lieux, j'appris que cette femme, qui, antérieurement, avait eu plusieurs accouchements naturels, était atteinte, depuis 2 ans environ, de douleurs rhumatismales. Après avoir employé inutilement différents remèdes, d'après les conseils de quelques voisines, elle fit usage de l'huile de poisson, qui, ne lui procura aucun soulagement; car malgré l'emploi de cette substance, la marche devint tout à fait impossible. Dans cette malheureuse situation, une nouvelle conception eut lieu, et elle était déjà depuis trois jours dans le travail de l'enfantement lorsque j'y arrivai. La veille, dans l'après-midi, pendant une forte contraction utérine, la femme était tombée en syncope; revenue à elle, elle n'éprouva plus de douleurs, se plaignant d'une sensation de chaleur dans l'abdomen et d'une grande faiblesse. Le toucher me fit reconnaître un rapprochement des tubérosités ischiatiques, qui ne laissaient entre elles qu'un espace de deux

pouces environ. Étendant mon investigation jusqu'à l'abdomen, je sentis à travers ses parois, et je fis reconnaître à mon collègue, que l'enfant n'était plus contenu dans l'utérus, mais flottait dans la cavité abdominale.

La gastrotomie fut aussitôt pratiquée, je retirai le cadavre d'un enfant présentant déjà des signes évidents de putréfaction malgré le laps de temps qui s'était écoulé depuis la rupture de l'utérus, la femme se rétablit en fort peu de temps : cependant son existence ne se prolongea point, car un mois après, me trouvant dans cette commune, j'appris qu'elle était morte depuis quelques jours, mais je ne pus obtenir aucun renseignement sur la cause de sa mort.

D'autres fois, on ne peut s'empêcher de reconnaître l'altération du tissu utérin, et de la regarder comme la cause principale de la rupture qui est survenue.

Pendant l'été de 1832 ou 1833, je fus demandé par un de mes collègues, pour me rendre dans la commune de St Lievens Athem, afin de l'aider dans l'accouchement de la nommée T...., qui, depuis 3 à 4 jours, était dans le travail de l'enfantement sans pouvoir être délivrée.

Mon collègue me raconta qu'on était venu le chercher depuis deux jours, pour donner ses soins à cette femme qui était déjà depuis 24 heures en travail; il trouva la matrice peu dilatée, les douleurs étaient faibles, et ne revenaient qu'à de longs intervalles. Cependant la veille de mon arrivée, vers midi, elles semblèrent augmenter, et pendant l'une d'elles, la femme sentit un craquement dans son ventre avec sensation de chaleur; après plusieurs syncopes elle reprit connaissance et n'éprouva plus de douleurs. En touchant alors la femme, mon confrère ne sentit plus l'enfant et crut, disait-il, qu'il était remonté; ayant peu d'expérience dans l'art des accouchements, il ne porta pas plus loin ses recherches, et ne soupçonna même pas le danger dans lequel cette femme se trouvait.

Le lendemain, ne voyant aucun progrès dans le travail de l'enfantement, trouvant la femme faible, avec le pouls petit et accéléré, la figure décomposée, il songea à s'aider des conseils d'un de ses collègues et me fit appeler ; à mon arrivée, je trou-

vai la femme agonisante. Pendant qu'on me donnait les détails que je viens de relater, je découvris le ventre de la femme, et la vue seule fit reconnaître, que, comme je le supposais, il y avait rupture de l'utérus et que l'enfant flottait au milieu des intestins; en effet on voyait toutes les parties de l'enfant qui se dessinaient à travers les parois abdominales, et à peine étais-je là de cinq minutes que la femme expira.

Quoique convaincu de la mort de l'enfant, aussitôt que je me fus assuré, autant que possible, que la mère avait cessé de vivre, je pratiquai la gastrotomie et en retirai un enfant bien conformé, mais en pleine putréfaction. L'odeur infecte qui s'échappa de l'abdomen au moment où je pénétrai dans sa cavité, força tous ceux qui se trouvaient dans la chambre à sortir.

Cette femme, d'une constitution faible, et dans la plus grande misère, était depuis deux ans dans un état maladif. Son bassin était bien conformé, mais l'utérus était flasque, d'une couleur blanchâtre, et comme ramolli; ses parois étaient d'une épaisseur moindre que celle qu'on observe ordinairement. La déchirure avait eu lieu à sa partie latérale droite, et mesurait encore environ deux pouces, l'abdomen était rempli de sang et de sérosité, le péritoine et les intestins qui avaient été le siége d'une violente inflammation, présentaient sur plusieurs points des plaques gangréneuses.

Dans quelques cas de rupture de la matrice pendant le travail de l'accouchement, on ne trouve d'autres causes que les contractions de l'utérus comme dans l'observation suivante :

Le 21 août 1829, à dix heures du matin, je fus demandé pour aller secourir l'épouse de François Temmermans, indigente de la commune de Segelsem, qui depuis 3 jours était dans les douleurs de l'enfantement. Comme la commune où habitait cette malheureuse était distante de 3 lieues de celle où je résidais, je me mis immédiatement en route, muni des instruments et des médicaments dont je croyais pouvoir avoir besoin.

Quoique j'eusse parcouru la distance qui me séparait de cette malheureuse de toute la vitesse de mon cheval, et que je n'y employai que 3/4 d'heure, j'eus la douleur, en entrant dans cette chaumière, de voir expirer cette femme, que je trouvai

seule. La crainte des reproches que j'aurais pu lui adresser, avait fait fuir la matrone, qui depuis le commencement des douleurs était restée près d'elle. Le mari ne pouvant supporter la vue des souffrances de sa compagne, était à la porte extérieure et pleurait sur la perte qu'il prévoyait. Comme la cabane était éloignée des autres habitations, aucune voisine n'avait secouru ni consolé la patiente.

Je pris à peine le temps de m'assurer de la mort de la femme, tant j'avais hâte de reconnaître dans quelle situation se trouvait l'enfant ; en touchant la femme, je reconnus que la tête de l'enfant, qui avait franchi à moitié le détroit inférieur, était située dans une position naturelle; l'occiput sous l'arcade du pubis, le front reposant sur le coccyx. En palpant l'abdomen de la femme, et malgré son ballonnement, je sentis à travers ses parois le bassin et les extrémités inférieures du fœtus qui flottaient dans la cavité abdominale, et qui, sans doute, s'étaient échappées à travers une rupture de la matrice.

J'appliquai sans retard le forceps, et j'amenai l'enfant avec la plus grande facilité; malheureusement il avait aussi cessé de vivre. Introduisant ensuite ma main, j'entrai avec facilité dans la matrice et trouvai à la partie antérieure de ce viscère, une déchirure par laquelle je pus faire passer ma main dans l'abdomen. Le lendemain, ayant pratiqué l'autopsie de la mère, je trouvai dans la cavité abdominale une grande quantité de sérosité et de sang caillé, le placenta, des traces évidentes d'inflammation au péritoine, et à la matrice une déchirure qui intéressait toute sa partie antérieure. Cette femme fortement constituée, d'une taille moyenne, avait le bassin bien conformé, et cette grossesse, qui était sa quatrième, avait été des plus heureuses.

Ayant interrogé le mari et la matrone sur les circonstances du travail, j'appris que, le premier jour, les eaux sans avoir été précédées d'aucune douleur, s'étaient écoulées peu à peu ; que vers le soir seulement elle commença à ressentir quelques douleurs dans le dos qui durèrent toute la nuit et une partie de la matinée du jour suivant. Ce n'est seulement que vers le milieu du second jour que commencèrent les véritables douleurs, qui, au dire du mari et de la matrone, étaient fortes et revenaient à

des intervalles assez rapprochés. Elles continuèrent ainsi jusque dans la matinée du quatrième jour, où, pendant une grande douleur, la femme jeta un cri aigu, se plaignit aussitôt d'une forte chaleur dans le ventre, et eut plusieurs syncopes. Effrayés de ces symptômes ils ne songèrent alors qu'à réclamer les secours d'un homme de l'art.

La rupture de l'utérus fût sans doute occasionnée dans ce cas, par une de ces contractions fortes et brusques de la matrice, comme il en survient souvent à la fin des accouchements qui ont traîné en longueur, et surtout dans ceux où l'écoulement des eaux à précédé le développement des contractions utérines; ces sortes d'accouchements ne se terminent ordinairement qu'au bout de plusieurs jours, et s'ils n'amènent pas très-fréquemment à leur suite des accidents comme celui qui a occasionné la mort du sujet de cette observation, presque toujours ils épuisent la femme, sont souvent accompagnés de convulsions, de pertes utérines, et c'est surtout à leur suite, que se déclarent ces métro-péritonites terribles contre lesquelles échouent si souvent toutes les ressources de la médecine.

Dans ces sortes d'accouchements, pour ce qui a rapport aux enfants, on remarque qu'ils naissent assez fréquemment apoplectiques et souvent on est obligé d'avoir recours au forceps pour les sauver ; lorsque l'on n'a pas jugé convenable de recourir au seigle ergoté, ou lorsque l'on a considéré son emploi comme nuisible dans ces cas.

Bruxelles, ce 4 mars 1840.

Rapport sur le mémoire précédent (1).

Messieurs,

Le docteur Hoebeke vous a adressé trois observations de rupture spontanée de la matrice, sur lesquelles vous nous avez chargés de faire un rapport.

(1) M. Van Huevel, *rapporteur*, MM. Seutin et Marinus, *commissaires*.

Dans la première de ces observations, il est question d'une femme qui, après plusieurs accouchements naturels, fut atteinte d'ostéo-malaxie et de rétrécissement de l'ouverture pelvienne. Devenue enceinte une dernière fois, elle eut une rupture de matrice, pendant les efforts d'un travail prolongé. Le fœtus passa dans la cavité abdominale, et la femme, seulement délivrée le lendemain de l'accident par la gastrotomie, échappa aux premiers dangers de l'opération.

La seconde observation a rapport à une autre femme qui, malgré la bonne conformation de son bassin, éprouva la même lésion, par suite d'une altération évidente du tissu utérin, la section des parois abdominales ne fut faite qu'après la mort du sujet.

Enfin, dans la troisième, au moment où la rupture eut lieu, le travail de l'accouchement était tellement avancé que la tête du fœtus avait à moitié franchi le détroit inférieur; l'enfant fut promptement extrait par le forceps; mais il avait cessé de vivre ainsi que la mère.

L'auteur accompagne ces observations de quelques réflexions et suppose que, dans le dernier cas, la rupture fut déterminée par une contraction brusque et énergique de la matrice, sans autre cause de lésion. Nous pensons que les parois utérines, également résistantes et contractiles partout, ne peuvent se rompre spontanément, à moins d'une affection préalable de leur tissu, ou d'un obstacle puissant qui s'oppose à la sortie du fœtus. Encore cette dernière cause est-elle sujette à contestation, quand on voit les femmes contrefaites se livrer aux efforts les plus violents, sans éprouver cet accident. Dans l'observation citée, il est dit que le bassin était bien conformé et que le fœtus fut extrait avec la plus grande facilité. L'autopsie fit découvrir des traces d'inflammation au péritoine; n'est-il pas à supposer qu'étendue jusqu'à l'utérus, elle en avait, au moins partiellement, diminué la force de cohésion ou de contractilité musculaire?

Du reste, ces observations dénotent le talent d'observation de l'auteur, et méritent d'être conservées dans la science à cause du peu de fréquence de pareils faits. Nous vous proposons en conséquence, messieurs, de les insérer dans vos Annales et de remercier M. le docteur Hoebeke de son intéressante communication.

Bruxelles, le 28 mai 1840.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

MÉMOIRE

SUR QUELQUES MODIFICATIONS A APPORTER AU BANDAGE AMIDONNÉ DU PROFESSEUR SEUTIN;

Par le docteur P. J. VANMEERBEECK (de Malines).

« Voilà des travaux que j'ai suscités en posant
» des principes nouveaux qui leur ont servi de
» base; voilà des perfectionnements qui se sont
» appuyés sur ma méthode. . . . . »

Paroles de M. Seutin dans sa lettre à la Gazette médicale de Paris, 1er décembre 1838.

TROISIÈME ARTICLE.

SOLIDIFICATION DU BANDAGE AMIDONNÉ.

La solidification instantanée du bandage amidonné a été l'objet des recherches de plusieurs chirurgiens, et, jusqu'ici, aucun d'eux, pas même M. Lafargue (1), n'a résolu ce problème d'une manière satisfaisante.

Quoique, depuis le temps où le bandage amidonné a cessé d'être un appareil inamovible, cette question ait perdu de son importance, il peut cependant encore se présenter des circonstances, dans lesquelles cette solidification instantanée soit utile ou nécessaire.

Et ces circonstances ne se présentent pas seulement lors du transport des fracturés sur le champ de bataille, ou dans le cas de fractures chez des enfants indociles ou des malades en délire, on les retrouve encore dans toutes les fractures sans distinction, et surtout dans celles qui sont obliques avec tendance au dépla-

(1) Voyez l'article : Appareil inamovible instantanément solidifiable par M. Lafargue (de Saint-Emilion). *Lancette française*, n° 6, 12 janvier 1839 *Encyclographie des sc. méd.* 3e série, tom. 2.

cement. Dans chacun de ces cas, la solidification instantanée de l'appareil offre des avantages et des garanties, que nul autre moyen, ni attelles, ni liens, ni machines ne peuvent procurer.

Ce n'était donc pas seulement une vaine curiosité qui me porta, après avoir étudié le bandage amidonné sous toutes ses faces, à diriger mes recherches dans le but de découvrir ce moyen si ardemment désiré par l'inventeur du bandage amidonné (1).

Plus heureux que mes prédécesseurs, j'ai réussi.

Comme la plupart des chirurgiens l'ont entrevu, et comme M. Lafargue le disait déjà formellement en 1839 (2), le plus grand obstacle à la solidification instantanée du bandage amidonné, est l'emploi d'attelles de carton mouillé; aussi pour réussir, faut-il absolument se passer de ces attelles, ou n'employer que des cartons secs.

Nous avons vu plus haut (3) que pour avoir des attelles en carton sec, présentant exactement la forme du membre, il fallait attendre jusqu'au deuxième jour; or, dans ce cas, la solidification de l'appareil n'est plus immédiate, et cette pratique, qui, certes, offre des avantages dans la pluralité des fractures, peut très-bien n'être pas applicable dans certaines autres, où une solidification instantanée est nécessaire ou indispensable.

Il ne restait donc plus qu'à se passer d'attelles de carton; mais alors, à moins d'employer les tiges en fil-d'archal que préconise M. Lafargue (4), ou des lanières de carton mince et sec, qu'on pourrait substituer avec avantage à ces tiges, il fallait se servir d'une substance collante, qui, en se desséchant, communiquât à l'appareil une solidité assez grande pour que celui-ci pût s'opposer à tout déplacement des fragments, que ce déplacement

(1) Voyez : Mémoire présenté aux Académies des sciences et de médecine de Paris, et aux Sociétés médicales de Bruxelles et d'Anvers, par M. Seutin, *Bulletin médical belge*, décembre 1837 ; et Lettre de M. Seutin à la *Gazette médicale de Paris*, n° du 1er décembre 1838. *Encyclographie des sc. méd.*, 3e série, tom. 1er.

(2) Op. cit.

(3) 2e article.

(4) Op. cit.

fût sollicité par les contractions musculaires ou qu'il le fût par des violences extérieures.

Deux voies d'expérimentation pour atteindre ce but, se présentèrent en même temps : 1° Mêler à l'amidon une substance qui, absorbant l'eau de l'empois, hâtât la dessiccation de celui-ci, et, desséché, augmentât sa consistance ; 2° Substituer à l'amidon une matière collante, douée des propriétés de se solidifier instantanément, et de donner à l'appareil une dureté convenable.

De nombreux essais furent tentés dans l'une et l'autre voie, tous ne furent pas heureux ; quelques-uns se rapprochèrent du but désiré, un seul l'atteignit. C'est de ces derniers seulement que nous allons donner une courte exposition.

§ I. BANDAGE AMIDONNÉ SOLIDIFIABLE EN HUIT A DIX HEURES.

Si l'on gâche ensemble pendant quelques secondes, et sans aucune addition d'eau, deux parties d'amidon réduit en empois, et une partie de *cendres de bois tamisées,* ou bien de *charbon de bois finement pulvérisé,* ou bien encore de *ciment romain ou hydraulique* (1), on obtient un mélange plus visqueux, plus gluant que l'amidon pur, un peu plus consistant que lui, se laissant toutefois facilement étendre à l'aide du pinceau ou de la main, se desséchant au bout de huit à dix heures, et communiquant à l'appareil une dureté telle, qu'on peut se passer facilement des attelles de carton.

La dureté plus ou moins grande qu'acquiert l'appareil, est en raison directe de l'épaisseur des couches du mélange qu'on interpose entre les bandelettes ou les bandes ; tandis que sa dessiccation plus ou moins rapide est en raison inverse de cette même épaisseur des couches. Toutefois, la dessiccation peut être hâtée par l'emploi de l'un ou l'autre des moyens préconisés pour obtenir la dessiccation plus rapide du bandage amidonné ordinaire (2).

(1) Le *ciment romain ou hydraulique* coûte de 30 à 40 centimes le kilogramme. Cinq décagrammes de cette substance suffisent à la construction d'un appareil pour la fracture de la jambe.

(2) Voyez : Du traitement des fractures par l'appareil inamovible, par le docteur Seutin. *Bulletin médicalbelge.* Avril 1835.

La construction de l'appareil à l'aide de ces différents mélanges se fait de la même manière que celle du bandage amidonné ordinaire, abstraction faite des attelles en carton. En général, deux couches du mélange, interposées entre trois plans de bandelettes de Scultet ou trois bandes roulées, suffisent. Il est inutile de dire que, jusqu'à la dessiccation complète de l'appareil, des attelles extérieures doivent contenir le membre fracturé.

L'incision du bandage ainsi construit, se fait avec la même facilité que celle du bandage amidonné ; et pour le démolir il suffit de le mouiller.

M. Lafargue (1), en mêlant du plâtre à l'amidon, a obtenu des résultats absolument semblables à ceux que donnent les différents mélanges mentionnés plus haut. Quoi qu'il en dise, son *mastic gypso-amylacé* n'est sec qu'au bout de huit à dix heures ; il est facile de s'en convaincre.

Comme on le voit, par l'emploi de l'un ou l'autre de ces mélanges on se rapproche du but désiré, et, quoiqu'aucun d'eux ne l'atteigne, les avantages qu'ils offrent ne sont pourtant pas à dédaigner, puisqu'ils accélèrent considérablement la dessiccation du bandage, et remplacent avantageusement les attelles en carton.

N'ayant pas trouvé la solution du problème de ce côté, j'entrai dans la seconde voie d'expérimentation, et là, j'obtins un succès complet.

§ II. APPAREIL PERMANENT INSTANTANÉMENT SOLIDIFIABLE.

Si, dans la confection du bandage permanent, on substitue à l'amidon la *colle* dont se servent les menuisiers, on obtient un appareil constamment solide et offrant assez de dureté pour s'opposer à tout déplacement des fragments, que des causes intérieures ou extérieures pourraient solliciter.

Cette colle qu'on appelle dans le commerce *colle-forte* (*Lym,*) et que l'on trouve sous forme de tablettes sèches, cassantes, demi-transparentes, et d'une couleur variable depuis le jaune-clair

(1) Op. cit.

jusqu'au brun-rougeâtre, se dissout dans une petite quantité d'eau bouillante. Cette solution, qui se fait au bain-marie, reste liquide tant qu'elle est chaude, s'épaissit et devient gluante à mesure que sa température baisse, enfin reprend tout à fait son état solide, primitif, lorsqu'elle est entièrement refroidie.

On l'emploie à l'état liquide et lorsque sa température est baissée au point que la solution devient gluante et visqueuse; dans cet état elle se laisse étendre entre les pièces de l'appareil à l'aide du pinceau, avec la même facilité que l'amidon, et l'on ne doit pas craindre que le calorique qu'elle possède encore, lèse le membre, car il perce à peine la couche de linge qui le recouvre. Maintes fois j'en ai fait l'expérience sur moi-même, la chaleur qu'on ressent est douce et agréable. Aussitôt que l'appareil est refroidi, ce qui a lieu en moins de trente minutes, il est solide, dur et assez résistant pour que les attelles en carton soient inutiles.

La colle-forte est presqu'à aussi bas prix que l'amidon (1), elle se trouve partout, il n'y a pas de village si pauvre, où il n'y ait un menuisier, un charpentier ou un charron; dans chacun de ces métiers on se sert de la colle-forte, et dans les ateliers de chacun d'eux on trouve même l'appareil (bain-marie) qui sert à la dissoudre, et le pinceau pour l'étendre. Elle ne porte aucun préjudice au linge ; il suffit de lessiver celui-ci à l'eau chaude, pour en séparer toute la colle et lui rendre son état primitif.

Quant à la manière de construire un appareil à fractures permanent à l'aide de cette colle, elle est en tout semblable à celle que l'on met en usage, quand on se sert de l'amidon comme matière collante.

Ainsi, pour le bandage permanent *fermé*, on commence par entourer le membre d'un premier plan de bandelettes de Scultet ou d'une bande roulée; on enduit à l'aide d'un pinceau la surface externe de ce premier plan, d'une couche de colle liquide, ensuite on applique un second plan de bandelettes ou une autre bande roulée, puis une seconde couche de colle, enfin, l'applica-

(1) Il suffit d'une quantité représentée par la valeur de 15 à 20 centimes pour la construction d'un appareil à fracture de la jambe.

tion d'un troisième plan de bandelettes ou d'une dernière bande roulée termine la construction du bandage.

Comme nous l'avons déjà dit, cet appareil est solide aussitôt qu'il est refroidi; dès lors, il se laisse inciser, à l'aide des ciseaux de M. Seutin, avec la même facilité que le bandage amidonné ordinaire, et pour le refermer, il suffit d'entourer l'appareil d'une bande roulée enduite de colle; à l'instant même il est aussi solide qu'auparavant.

Lorsque l'on se sert du bandage permanent *bivalve sans incision*, d'après le second procédé que nous avons indiqué, l'application de l'appareil à l'aide de la colle devient plus facile encore; il suffit d'enduire de cette substance la face externe des cartons secs sur lesquels se réfléchissent les bandelettes, pour que celles-ci s'y collent immédiatement et y restent fixées. On entoure ensuite l'appareil bivalve d'une bande roulée depuis son extrémité inférieure jusqu'à sa partie supérieure; sur cette bande roulée, on étend une couche de colle, qu'on recouvre de nouveaux doloires en redescendant sur l'appareil si la bande roulée est assez longue, sinon on en applique une nouvelle.

D'après ce qui précède, il est facile de se figurer quelle serait la manière d'agir, dans les cas où l'on voudrait l'appliquer à l'aide de la colle, du *bandage bivalve sans incision,* d'après notre premier procédé. Là aussi les attelles en carton deviennent inutiles.

Pour inspecter le membre, il suffira de mouiller légèrement la bande roulée qui ferme l'appareil, elle s'enlève alors avec la plus grande facilité. En mouillant plus fortement le bandage, on peut le démolir en entier.

J'aime à croire que l'appareil qui résulte de la réunion de ces deux modifications : *le bandage bivalve sans incision* et *la colle comme matière agglutinative,* résoudra en sa faveur le problème du meilleur traitement des fractures, puisqu'il répond à toutes les exigeances passées et présentes de la thérapeutique de ces affections, et qu'il résume en soi tous les avantages que possédait ou laissait à désirer chacun des appareils à fractures qui l'ont précédé.

En effet, nous y trouvons : *une contention circulaire, exacte des fragments, leur bonne réduction et leur immobilité garanties*

par la solidification instantanée et la permanence du bandage, qui permet toutefois l'inspection journalière du membre et l'application de tout moyen thérapeutique, jugé convenable, sans occasionner le moindre ébranlement aux parties blessées ; tout cela joint à l'*économie et à la facilité de sa construction, à sa légèreté qui permet la déambulation et tous les mouvements auxquels le malade désire se livrer, etc., etc.*

Aucun appareil inventé avant lui n'offre tous ces avantages réunis ; aucun donc ne mérite mieux que lui d'être employé dans tous les cas de fractures, dans les plus graves comme dans les plus simples, et, pour le bien-être des malades, il est à espérer que bientôt son usage deviendra universel.

Fin du troisième et dernier article.

NOTE SUPPLÉMENTAIRE.

SUBSTITUTION DE LA GOMME ADRAGANT A LA DEXTRINE DANS LES BANDAGES PERMANENTS.

Il arrive souvent qu'en faisant des expérimentations dans un but déterminé, on trouve des faits tout autres que ceux qu'on croyait découvrir, c'est ainsi qu'en cherchant une substance qui pût produire la solidification instantanée des bandages permanents, j'en trouvai une autre qui jouit de toutes les propriétés de la dextrine. Comme celle-ci, elle se dissout dans l'eau froide, et permet d'imbiber d'avance les bandes dans cette solution, elle se dessèche aussi vite que la dextrine, (24 à 48 heures) et, comme elle, communique à l'appareil une dureté suffisante pour ne pas réclamer indispensablement l'emploi d'attelles en carton. De plus que la dextrine, elle présente l'avantage de se trouver dans l'officine de tous les pharmaciens, tandis que celle-ci ne se rencontre que dans les laboratoires de quelques chimistes de Paris.

Cette substance est la gomme adragant.

Ainsi donc, le chirurgien qui préfère imbiber ses bandes d'avance et qui trouve des avantages dans cette manipulation, ne

sera plus obligé de faire venir de Paris cette substance si chère, ou de la faire préparer à plus grands frais encore, dans le laboratoire d'un chimiste de son pays, il lui suffira de délayer une once (poids médical coûtant 50 centimes) de la poudre de gomme adragant dans une quantité suffisante d'eau, pour obtenir une gelée plus ou moins épaisse; et, sa solution collante sera toute préparée et suffisante pour un bandage ordinaire, et, comme nous l'avons dit, elle lui procurera tous les avantages qu'on attribue à la dextrine.

Ces avantages ne sont pas minimes, si l'on veut en croire un article inséré dans le Bulletin général de thérapeutique du 28 février 1838 (1). Qu'on lise cet article en substituant partout le mot *gomme adragant* à celui de *dextrine*, et on sera étonné du ton d'exagération qui y règne et de la foule innombrable de vertus et qualités qu'on reconnaît à cette substance, et à la bande qu'on imbibe dans sa solution avant de l'appliquer. Que l'on se rappelle alors le rétentissement qu'a eu cette découverte dans notre pays, et qu'on le compare aux obstacles qu'a éprouvé parmi nous l'invention de M. Seutin, et l'on sera forcé de s'écrier avec le professeur Vanesschen (qu'une mort trop prompte a ravi à la médecine belge), que dans notre pays *rien n'est bon s'il ne vient de l'étranger* et que *loin d'encourager, nous dédaignons ce qui se fait chez nous* (2). Ces paroles vraies en 1831, le sont malheureusement encore de nos jours.

Malines, le 7 novembre 1840.

(1) Note sur un nouveau perfectionnement de l'appareil inamovible, par B. E., reproduite dans l'*Encyclog.* 2e série, tom. 27.

(2) Lettre à M. Lesbroussart, sur l'état actuel de l'enseignement en Belgique. Brux., 1831, p. 51.

———— ————

EXTIRPATION D'UNE TUMEUR FONGUEUSE DÉVELOPPÉE SUR LA MEMBRANE SCLÉROTICALE DE L'OEIL.

Par G. DELVIGNE, médec., chirur. et accouch., à Liége.

Première observation.

Thomas Smets, âgé de 15 ans, ouvrier, demeurant dans la commune de Vechmael, canton de Tongres, province de Limbourg, vint me consulter le 6 octobre 1839.

Ce jeune homme d'une constitution éminemment lymphatique ayant souffert souvent dans sa jeunesse d'engorgements des glandes du cou et d'affections catarrhales, remarqua, il y a huit mois, qu'il portait une tumeur sur l'œil droit. Elle lui causait très-peu de mal, quoiqu'il éprouvât la sensation d'un corps étranger dans l'œil qu'il n'ouvrait plus avec la même facilité. Je ne pus obtenir de lui aucun renseignement sur la cause probable de son mal; deux années avant, il avait reçu un coup vers la commissure externe de cet organe, et pendant deux jours il ne pouvait plus bien distinguer les objets, qui lui paraissaient doublés.

En examinant l'œil malade, je remarquai que la paupière supérieure était le siége d'une tuméfaction assez considérable; elle était abaissée, ce qui rendait l'œil moins apparent qu'à l'état normal; la vision était plus ou moins altérée.

En soulevant la paupière, je découvris à l'angle externe une végétation rouge, grenue et spongieuse, logée entre les paupières auxquelles elle adhérait, en même temps qu'elle se trouvait implantée sur la conjonctive oculaire. Elle était mobile et suivait en partie les mouvements qu'on imprimait à la paupière supérieure à laquelle elle paraissait plutôt appartenir qu'à l'inférieure. Le diagnostic, sous le rapport de la nature de la tumeur, n'était pas douteux, elle était évidemment de nature fongueuse; quant au siége, je crus que c'était la conjonctive palpébrale supérieure.

Je résolus donc de détruire cette production morbide au moyen d'un crayon de nitrate d'argent fondu, et j'y parvins assez facilement, non cependant sans causer beaucoup de douleur au malade, et sans m'exposer à porter une atteinte profonde à la

cornée par la dissolution du nitrate d'argent dans les larmes. Quelques jours après, je fus surpris de voir que la tumeur avait reparue.

Je proposai alors au malade d'enlever la tumeur par une petite opération ; et, donnant la préférence au procédé le plus suivi dans ce cas, je divisai la commissure externe de l'œil dans une étendue de quatre lignes, je détachai la paupière supérieure et inférieure dans une étendue à peu près égale, faisant abaisser l'une et relever l'autre. J'arrachai la tumeur avec une érigne, je la disséquai avec un bistouri et des ciseaux courbes sur leur plat, et je l'enlevai, en y comprenant une portion de la conjonctive et du cartilage tarse, qui me semblèrent participer à l'affection. Une hémorrhagie très-abondante se déclara immédiatement; je parvins aisément à l'arrêter par quelques lotions d'eau froide; je promenai ensuite un morceau d'azotate d'argent sur toute l'étendue de la plaie, pour détruire le mal dans sa racine, et afin d'empêcher le caustique d'agir sur le globe de l'œil, je couvris toute la partie cautérisée, d'une légère couche d'huile, comme le conseille M. Tavernier, dans sa *Thérapeutique chirurgicale.* Des lotions d'eau froide furent faites pendant deux jours sur l'œil, dans le but de prévenir les accidents inflammatoires, puis, afin de favoriser la cicatrisation de la plaie, je prescrivis des lotions avec une décoction d'orge miellée. Bientôt la réunion de la petite plaie s'opéra; le malade commença à très-bien voir de son œil qui semblait devoir se guérir pour toujours.

Mais quel ne fut pas mon étonnement, lorsque, trois semaines après, le malade vint me trouver avec un œil beaucoup plus difforme que jamais! La paupière supérieure était gonflée et livide, l'œil, rouge et larmoyant, ne pouvait plus supporter les rayons solaires; la conjonctive oculaire et palpébrale était partout rouge et boursouflée; l'axe de l'œil était dévié en dedans et cet organe, comprimé de dehors en dedans, était sensiblement diminué de volume, en même temps qu'il était le siége de douleurs vives qui s'étendaient à l'orbite et à la région temporale correspondantes. L'écartement des paupières, qui n'était guère possible par l'action du muscle élévateur, fit voir une tumeur du volume d'une grosse noisette, d'un rouge vif, granuleuse à sa

surface, adhérant à la paupière supérieure et inférieure et à la conjonctive oculaire.

J'eus beaucoup de peine à m'expliquer le retour d'une tumeur que je croyais complétement détruite, et son développement si rapide sans cause appréciable; j'eus plus de peine encore à me rendre compte du siége de l'affection, et, dans l'incertitude, je balançai pour savoir si une nouvelle opération était praticable, opération qui, nécessairement, devait exposer le malade aux plus grands dangers, et compromettre la réputation d'un jeune chirurgien, au début de sa carrière.

Mais banissant toute hésitation, je résolus de délivrer le patient d'une maladie qui lui devenait si incommode.

Le malade était assis sur une chaisse, la tête inclinée en arrière et soutenue par un aide chargé de tenir la paupière supérieure relevée; un autre tenait l'inférieure abaissée et un troisième fut chargé des objets nécessaires à l'opération. Saisissant la paupière de l'index et du pouce de la main gauche, et de la main droite, les ciseaux droits, je divisai la paupière perpendiculairement, vers la ligne médiane, dans toute son épaisseur, jusqu'à une ligne environ de l'arcade orbitaire; l'artère palpébrale fut ouverte; l'aide placé derrière le malade comprima les deux lambeaux, et l'hémorrhagie s'arrêta bientôt. Les adhérences du lambeau palpébral externe avec la conjonctive furent détruites; la tumeur fut ainsi détachée en dedans de la sclérotique, en dehors de l'arcade orbitaire externe et de la face externe et supérieure de l'orbite, et en bas et en haut des paupières. Je la saisis ensuite avec des érignes, et, au moyen de petits ciseaux courbes sur leur plat, j'excisai la tumeur le plus profondément possible. Ayant introduit le petit doigt dans la cavité occupée par la tumeur, je sentis qu'il restait encore quelques petites portions de la tumeur que je saisis avec des pinces et enlevai au moyen de ciseaux, dont je présentais la concavité à la convexité de l'œil; toute la partie de la conjonctive confondue dans la tumeur, fut également enlevée, la paupière inférieure aussi fut dénudée de la conjonctive dans l'étendue de quatre lignes. L'œil, dénudé dans presque la moitié de sa circonférence, présentait un aspect affreux; un flot de sang noir s'écoula de la plaie; des syncopes

prolongées survinrent pendant l'opération, elle fut longue et pénible , et les plus grandes précautions étaient nécessaires pour ne pas intéresser la glande lacrymale et la membrane scléroticale sur la face externe de laquelle la tumeur avait pris son origine ; vers le milieu de l'opération je fus saisi d'effroi en voyant s'évacuer un liquide blanc et opaque, et je crus avoir divisé la sclérotique ; mais en examinant de près, je vis que c'était du pus; l'œil jouissait, à la fin de l'opération, d'une si grande mobilité, que je pus avec beaucoup de facilité rendre la face antérieure interne et l'externe antérieure en exerçant quelques tractions sur sa face externe avec une pince, ce qui me fit présumer que le muscle droit externe avait été détruit à son insertion au globe oculaire. Il n'en résulta cependant pas de strabisme, après la guérison l'œil récupéra sa position primitive.

La tumeur avait la grosseur d'une olive, elle était d'une trame cellulo-fibreuse à son centre, et criait sous le scalpel, à sa surface elle était molle et gorgée de sang, et se laissait aisément écraser sous le doigt.

L'hémorrhagie qui survint après l'opération, fut arrêtée par des aspersions d'eau froide ; j'appliquai deux points de suture, à points séparés, sur la division de la paupière, je fis un pansement léger et simple, et prescrivis des bains de pieds excitants pour exercer une dérivation sur les extrémités. Le malade fut mis à la diète absolue. Le troisième jour après l'opération, je pus déjà enlever le point de suture supérieur, la réunion s'était opérée dans une grande étendue, mais la paupière supérieure était devenue le siége d'une tuméfaction assez forte, l'œil était fermé, la conjonctive fortement injectée. Le cinquième jour, la réunion fut complète, et le point de suture inférieur fut ôté.

La suppuration s'établit le cinquième jour, elle était claire et sanguinolente ; les lotions d'eau froide furent supprimées et remplacées par des injections d'eau de guimauve. La suppuration alors ne tarda pas à devenir de bonne nature, et, pendant que la réunion commençait à s'établir entre l'œil, les paupières et la face externe de l'orbite, les larmes, trouvant un obstacle à leur libre écoulement, s'accumulèrent autour de la glande lacrymale et vinrent former un abcès à la région supérieure et externe de

la paupière supérieure, qui devint le siége d'une inflammation vive. Cette tumeur s'abcéda au bout de cinq à six jours, laissant une petite ouverture qui livra passage au pus; cette ouverture prit bientôt tous les caractères d'une ouverture fistuleuse, par où les larmes se faisaient jour; j'introduisis tous les jours un stylet boutonné entre la paupière supérieure et l'œil où je pratiquai une ouverture nouvelle, un canal destiné à laisser passer les larmes. Je parvins ainsi à obtenir une fistule artificielle par laquelle les larmes continuèrent à s'écouler, l'ouverture accidentelle ne persista pas longtemps; il me suffit d'exercer une compression légère sur la paupière pour la faire disparaître.

Un fait assez singulier et curieux que j'ai eu occasion d'observer, c'est que pendant tout le temps que le malade fut tenu à un régime sévère, le vide ne put se combler. Un suintement séreux s'opérait continuellement par l'endroit où la tumeur avait été située. Mais me rappelant ce qui se passe dans la curation des fistules à l'anus, je permis à mon malade de prendre des aliments succulents, les voies digestives étant saines, et bientôt je vis la sécrétion se tarir, et la cavité se remplir d'une substance cellulo-graisseuse assez ferme. La cicatrisation de la paupière se fit parfaitement bien, elle ne perdit rien de sa force d'élévation ni d'abaissement; la vision s'accomplit très-bien, et, six semaines après, le malade était guéri.

D'après tous les détails dans lesquels je suis entré et que le lecteur trouvera peut-être superflus, il est facile de remarquer que cette observation offre, sous plus d'un point de vue, un intérêt incontestable, elle démontre combien peut être fréquente l'erreur de diagnostic, et que parfois, en chirurgie, malgré les progrès qu'elle fait tous les jours, on est forcé d'avouer son ignorance et de postposer le diagnostic de tumeurs, jusqu'à ce que la véritable nature et le siége réel viennent à s'en dévoiler à nos yeux, sous le tranchant du bistouri. Cette observation présente aussi une importance évidente sous le rapport du siége de la maladie. Jusqu'ici peu ou point d'auteurs n'ont eu l'occasion de voir une tumeur fongueuse prendre son insertion sur la surface scléroticale de l'œil, tous parlent d'affections fongueuses de la conjonctive oculaire et palpébrale, de la glande lacrymale, de

la caroncule et du globe de l'œil, etc. Mais qui ne doute que fréquemment des tumeurs fongueuses, ayant pour origine la sclérotique, ont été prises pour des fongus de l'œil, qui tôt ou tard ont entraîné la perte de cet organe ou celle de la vie du malade, tandis que par un diagnostic sûr et rigoureux, il eût été possible de prévenir cette fâcheuse terminaison. Le procédé opératoire que j'ai suivi, est aussi tout récent; aucun chirurgien, que je sache, n'a osé recourir à la division perpendiculaire et médiane de la paupière supérieure; les grands maîtres de l'art ont fréquemment reculé devant une opération semblable, tous craignaient de diviser la paupière supérieure, parce que la réunion leur en a toujours paru difficile à obtenir. Peut-être ces derniers me taxeront-ils de *témérité*, mais qu'importe, j'ai réussi, j'ai guéri. Le professeur Sanson conseille et préconise cependant la division de la paupière vers l'angle externe de l'œil, dans le cas de cancer de la glande lacrymale.

Le nitrate d'argent fondu que j'ai employé dans ce cas et dans beaucoup d'autres, où il aurait même pu réussir, ne m'a jamais rendu grand service; je pense que l'emploi de l'azotate d'argent réussit merveilleusement bien dans les ophthalmies blennorrhagiques purulentes ou leucorrhéiques des nouveau-nés, etc., et dans tous les cas où il y a une sécrétion purulente abondante et où la cornée a éprouvé quelque altération, mais que dans les cas de fongus des paupières, de la conjonctive, etc., il faut toujours se servir de cette médication avec beaucoup de réserve, parce que dans bien des circonstances, elle est insuffisante et inutile, et que rarement elle fait disparaître une affection de ce genre, dont, au contraire, comme j'ai eu occasion de l'observer, elle favorise le développement par l'irritation qu'elle provoque à l'œil. Cette médication, qui, lorsqu'elle opère la guérison, ne met pas à l'abri des récidives, est d'ailleurs très-douloureuse, et n'est pas sans inconvénients graves, puisque la dissolution du nitrate d'argent, favorisée par la grande quantité de larmes, qui se produit sous l'influence de la moindre irritation dont la glande lacrymale devient le siége, peut et doit apporter une atteinte à la cornée, un trouble momentané dans la vision et souvent des taies et albugo indélébiles et des kératites chroniques qui, plus d'une fois, se

sont terminés par la perte plus ou moins complète de la vue. L'excision lui est donc préférable dans tous les cas où elle peut être employée.

EXTIRPATION D'UNE TUMEUR FONGUEUSE DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE SUPÉRIEURE.

Deuxième observation.

C'est un jeune homme de 18 ans, de Tongres, nommé M...., étudiant en théologie au petit séminaire de Rolduc, d'une constitution saine et robuste, d'un tempérament bilieux, et dont la santé avait toujours été bonne.

Avant de venir réclamer mes soins, il éprouvait, depuis sept à huit mois, une difficulté très-grande à se servir de son œil droit qu'il ne pouvait ouvrir largement; et quand le soir il voulait se livrer à l'étude, il était obligé de bander celui-ci pour ne se servir que de l'œil gauche. Il ne put me donner aucun renseignement sur le développement de son mal, et sa cause nous resta inconnue.

En regardant de près l'œil malade, on reconnaissait que la paupière supérieure était le siége d'une tuméfaction considérable, qu'elle était affectée de blépharoptose et d'une immobilité presque complète, à tel point que quand le malade voulait ouvrir l'œil entièrement, il devait relever la paupière supérieure à l'aide de ses doigts. Le globe oculaire droit paraissait par conséquent moins volumineux que le gauche; et, par l'écartement entier des paupières, il était facile de voir que, par suite de la compression exercée sur lui et de l'inaction dans laquelle il était resté depuis huit mois, l'œil avait déjà subi un commencement d'atrophie. Je découvris sous la paupière supérieure une tumeur mobile obéissant à tous les mouvements qu'on lui imprimait, adhérant au tissu palpébral, et offrant une consistance molle et légèrement dépressible. Des douleurs assez vives, qui parfois s'irradiaient vers la tempe droite, étaient accusées par le malade, sous la pression elles étaient légères. La conjonctive oculaire et palpébrale était le siége d'une injection assez forte; le larmoyement était fréquent; la cornée et l'iris étaient dans un état d'in-

tégrité parfaite; à l'aide de tous les symptômes indiqués, il fut aisé de reconnaître que j'avais à faire à une tumeur adhérente à la paupière supérieure, mais la nature de la tumeur n'était pas encore constatée.

Le malade découvrait cette tumeur avec une adresse particulière; je n'avais pu y parvenir, malgré toutes les tentatives auxquelles je m'étais livré, parce que la tumeur ayant pris racine sur la partie tout à fait supérieure de la conjonctive qui tapisse la paupière, il m'était impossible de déployer la face interne de celle-ci, à cause des contractions vives dont elle devenait le siége aussitôt que j'y touchais; le malade faisait rouler aisément la tumeur sur la surface convexe de l'œil, et l'y maintenait aussi longtemps qu'il le voulait.

Je constatai aisément que la tumeur était de nature fongueuse; elle était rouge et spongieuse, de consistance molle, présentant une insertion antéro-postérieure de trois lignes environ, celle transverse avait au moins sept lignes.

L'opération fut pratiquée le 18 avril 1840; le malade assis sur une chaise, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide chargé de fixer la paupière supérieure, et la tumeur mise en évidence, je la saisis avec une pince, et, en la soulevant, je la détachai avec des petits ciseaux courbes sur leur plat en enlevant la partie de la conjonctive sur laquelle elle était insérée. Un écoulement de sang se fit aussitôt, la plaie fut abstergée avec de l'eau froide. La paupière replacée dans sa position normale, plus une goutte de sang ne s'écoula ; des compresses d'eau froide, fréquemment renouvelées et appliquées sur l'œil, calmèrent la douleur qui persistait; le malade prit, pendant quelques jours, des bains de pieds ; il ne survint aucun symptôme d'inflammation. Le lendemain, la paupière supérieure était tuméfiée et noirâtre. Traitement : application d'eau de Goulard sur l'œil; pédiluves synapisés; une bouteille d'eau de Sedlitz ; trois jours après, le malade voyait déjà très-bien; la suppuration n'eut presque pas lieu; tous les jours les paupières s'écartaient davantage; l'œil devenait plus apparent, et, six mois après, il n'y avait pas la moindre apparence de récidive.

Cette observation présente une analogie parfaite avec la pré-

cédente sous le rapport de la nature de l'affection. Le siége en étant différent, elle n'a pas nécessité la division de la paupière, quoique, dans un cas de ce genre, ce serait la seule modification à apporter dans le procédé opératoire, si la tumeur, insérée comme ici à la partie tout à fait supérieure de la paupière, là où la membrane conjonctivale se réfléchit pour recouvrir le globe de l'œil, eût acquis des dimensions telles qu'il ne serait plus possible de la mettre à nu devant le globe oculaire. Dans ce cas, je me suis gardé aussi de cautériser avec le nitrate d'argent, parce que je préférais encore enlever une portion du cartilage tarse, ce qui n'offre aucun inconvénient et met sûrement le malade à l'abri d'une récidive.

Troisième observation.

Cette observation que j'ai eu occasion de faire à Malines, dans le cabinet d'un confrère, sur une jeune fille d'environ 20 ans, jouissant d'une santé parfaite d'ailleurs, a pour objet une tumeur de la grosseur de deux têtes d'épingle, d'un blanc grisâtre, formée d'une substance molle qui se détruisait aisément sous le doigt.

Cette petite tumeur, située sur la cornée transparente, un peu en dehors de l'axe de la pupille, inquiétait beaucoup la malade qui éprouvait déjà un trouble considérable dans la vision. La position de la tumeur et les frottements qu'elle déterminait contre la paupière supérieure entretenait l'œil dans un état de rougeur continuelle, et en augmentait considérablement la sensibilité. Le médecin traitant avait essayé tous les moyens conseillés dans le cas d'ophthalmie chronique, collyres, astringents, émissions sanguines locales, révulsifs sur le tube intestinal et à la nuque, sans obtenir la moindre amélioration, et sans songer à enlever à la malade cette espèce de corps étranger qui était sur le point de déterminer la perforation de la cornée. Ce médecin me confia sa malade, et me fournit ainsi l'occasion de pratiquer l'opération dont je vais faire l'histoire et dont le succès a dépassé mon attente.

La malade fixée sur une chaise, la paupière relevée, je saisis

de la main droite un bistouri convexe, dont je présentai le tranchant à l'œil, et, à l'aide d'un mouvement très-léger sur le globe, je parvins à détacher la petite concrétion et à la déloger; je vis alors très-bien qu'elle était implantée dans l'épaisseur de la cornée, qu'elle y était encadrée comme l'est un verre dans une montre, à sa place restait un petit vide, et l'on voyait très-distinctement qu'il séparait la cornée en deux lames, dont l'antérieure offrait une perte de substance, et la postérieure, intacte, présentait un point d'appui à la tumeur. Cette observation présente de l'intérêt sous le rapport de sa rareté et du procédé auquel j'ai eu recours avec beaucoup d'avantage, puisqu'après l'opération il a suffi d'employer quelques collyres émollients pour guérir entièrement la malade, sauf un petit point blanc qui est resté à l'endroit où se trouvait la tumeur, et un peu d'opacité au pourtour de l'endroit lésé; cette opacité cependant n'était pas assez prononcée pour intercepter le rayon lumineux.

A cette maladie, dont on ne fait presque pas mention dans les traités d'ophthalmologie, et qui est encore généralement inconnue, je voudrais bien donner le nom de *tophus de la cornée transparente,* puisque je la considère comme une affection formée par une concrétion produite par le phosphate de chaux et de soude auxquels se trouve quelquefois ajouté l'hydrochlorate de soude avec excès de soude, et entourée d'une espèce de mucilage; l'évaporation des larmes donne d'ailleurs une masse tout à fait analogue à celle que j'ai recueillie sur l'œil de la malade mentionnée, ou plutôt cette production morbide ne serait-elle pas le résultat d'une altération de la sécrétion de lá cornée même ou la suite d'une kératite chronique.

Nous espérons que des observations ultérieures recueillies avec précision et exactitude, nous feront connaître la véritable cause de la maladie dont je viens de donner la description.

Liége, le 1er octobre 1840.

—

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

OBSERVATION

DE SPLÉNITE CHRONIQUE, ACCOMPAGNÉE D'HÉMATÉMÈSE ET D'HYDROPISIE-ASCITE, SUIVIE DE GUÉRISON;

Communiquée à la Société, par E. WEMAER, docteur en médecine.

Les maladies de la rate, et notamment son inflammation, sont encore peu connues. Tous les auteurs qui en ont traité, avouent le défaut d'observations exactes à cet égard. Dans sa *Nosographie philosophique* (1), Pinel se demande « si le tissu de la rate » peut être affecté d'un véritable phlegmon; si en supposant » même cette affection aiguë, elle est démontrée par une au- » topsie cadavérique non équivoque; et, enfin, si l'on connaît » la série successive des symptômes qui l'accompagnent? Ce » sont là, ajoute-t-il, des objets sur lesquels je pense que l'ob- » servation n'a point encore prononcé de manière à lever toute » espèce de doute. »

« Malgré mes propres recherches, dit le savant docteur Ri- » bes (2), et les sources nombreuses où j'ai puisé, je n'ai pres- » que rien trouvé touchant les causes, les signes et le traitement » de la plupart des maladies de la rate qui ne fût encore incer- » titude et obscurité. » Assolant, cité avec beaucoup d'éloges par les deux médecins que nous venons de nommer et qui a écrit sur la rate une monographie très-estimée (3), remarque, dans un passage rapporté par M. Ribes, « qu'il n'est pas éton- » nant que les maladies de la rate aient été si rarement obser- » vées, puisque la sensibilité, qui sert à déceler la plupart des » affections de nos organes, est à peu près nulle dans la rate. »

(1) Paris, 1813, tome 2e, page 513, article *splénite*.
(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, 1820, art. *Rate*.
(3) *Recherches sur la rate*, an X (1802).

Ces diverses réflexions sur la rareté et la connaissance incomplète des maladies de la rate trouvent encore de nos jours leur confirmation dans les écrits des pathologistes les plus distingués. Ainsi MM. Roche (1) et Andral (2) font observer également que les maladies, dont la rate est susceptible d'être affectée, sont encore environnées d'obscurité; que la splénite surtout est une maladie rare et peu connue. Dans un excellent mémoire, couronné par l'Académie de médecine de Paris (concours Portal, 9 août 1836) (3), M. le docteur Constant Saucerotte fait les remarques suivantes : « que si nous venions à parler, » dit-il, des maladies de la rate, que de questions sans réponse? » Pourquoi donc, ajoute-t-il, l'anatomie pathologique n'a-t-elle » pas jeté sur ces maladies un jour égal à celui qu'elle a répandu » sur celles d'autres organes? C'est que là où la physiologie est » muette, nous n'interrogeons plus qu'un cadavre. »

Il résulte donc des remarques de tous les savants médecins que nous venons de citer, que la question des maladies et principalement de l'inflammation de la rate réclame hautement des observations ultérieures. Nous avons, dans un rapport récemment présenté à la Société (4), signalé le fait intéressant que M. le docteur Janssens, membre correspondant à Ostende, avait communiqué à ce sujet. Nous avons alors émis quelques considérations sur la symptomatologie des maladies de la rate et notamment sur le développement, pendant leur cours, de l'hématémèse et de l'hydropisie ascite.

L'observation que nous avons l'honneur de communiquer aujourd'hui à la Société, se rapproche, sous plusieurs points, de celle de M. le docteur Janssens, et elle nous semble servir de confirmation aux différentes considérations que nous avons faites dans notre rapport. C'est donc à titre de document pour l'histoire encore si obscure des maladies de la rate que nous

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIV, art. *Rate*, par le docteur Cruveilhier, et *Splénite*, par le docteur Roche.

(2) *Cours de pathologie interne*. Bruxelles, 1837, art. *Maladies de la rate*.

(3) *Influence de l'anatomie pathologique sur les progrès de la médecine, depuis Morgagni jusqu'à nos jours*. Paris, 1837, pag. 97.

(4) *Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges*, tom. I, pag. 12, 13 et 14.

avons cru devoir présenter à la Société l'observation que voici :

Obs. — Dés... C... D... B..., âgée de 33 ans, d'une constitution sanguine, avait été reçue au commencement de juillet 1839, dans un hôpital de Bruxelles, pour une fluxion de poitrine qui céda, au bout de quelques jours, à un traitement antiphlogistique. Le 23 juillet, elle se fit, dit-elle, une contusion à l'hypochondre gauche, en tombant sur le coin d'une table. Depuis ce moment, elle ressentit en cet endroit des douleurs qui parfois étaient plus ou moins vives.

Le 26, elle commença, dit-elle, à éprouver des accès de fièvre intermittente tierce, qu'on combattit vainement par du sulfate de quinine, de l'opium et même de la teinture arsenicale. Entre temps les douleurs de la région splénique devinrent beaucoup plus intenses ; cette région offrait d'ailleurs un engorgement très-prononcé et qui s'était développé peu à peu depuis le moment de la violence extérieure. On y appliqua successivement des sangsues en très-grand nombre, des ventouses scarifiées, des vésicatoires saupoudrés de préparations opiacées, un emplâtre stibié, etc., enfin un séton. Malgré ces diverses applications, dont quelques-unes réussirent seulement à calmer les symptômes les plus aigus, la tumeur splénique persista, et, aux douleurs moins vives et intermittentes qui s'y firent ressentir, se joignit une hydropisie-ascite. Cet état morbide offrit tantôt de l'amélioration, tantôt une aggravation, jusqu'au 6 novembre 1839, époque à laquelle elle fut soumise à notre observation. Elle offrait alors une ascite fort développée et un défaut d'appétit accompagnés de malaise général. Le 14 du même mois, elle fut atteinte, sans cause connue, d'une hématémèse très-considérable et qui provoqua une syncope, après laquelle l'hémorrhagie s'arrêta. Il survint alors une fièvre aiguë, avec douleur très-vive à la région de la rate et à celle de l'épigastre, ainsi qu'une tension de tout l'abdomen. Quelques-uns de ces symptômes cédèrent à un traitement antiphlogistique longtemps continué. Mais la tumeur splénique et les douleurs, quoique moins vives, continuèrent d'exister, et peu à peu l'ascite prit un notable développement. C'est dans cet état, que la malade fut soumise à des frictions de pommade iodurée, d'abord à l'intérieur des cuisses

et puis sur tout l'abdomen. Sous l'influence de ces frictions et d'un régime alimentaire, composé de laitages et de bouillons, l'ascite disparut, et le 23 mars dernier (1840), la tumeur splénique n'était plus appréciable; il n'existait, à cet endroit, qu'une sensibilité au toucher, et quelques douleurs par intervalles. L'usage de la pommade iodurée fut alors interrompu. Depuis, il est survenu, plusieurs fois, à l'époque menstruelle, une hémorrhagie par le nez et la bouche, accompagnée de douleurs et tension de l'abdomen et principalement de la région splénique. La saignée a été pratiquée à différentes reprises, à l'effet de combattre ces symptômes, qui sous son influence cédèrent chaque fois, tandis que les règles n'ont paru qu'une ou deux fois durant ce temps. L'ascite et la tuméfaction de la région splénique ayant reparu, les frictions iodurées ont de nouveau été mises en usage. Ces symptômes de la splénite chronique ont été, au bout de quelques jours, suivis d'une nouvelle hématémèse, mais beaucoup moins violente que la première fois. Une irritation inflammatoire de l'estomac s'y joignit encore, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que ces symptômes aigus cédèrent à un traitement antiphlogistique. Depuis, on put reprendre les frictions iodurées, et, cette fois-ci encore, sous leur influence disparurent à la fois l'ascite et la tumeur splénique. Au bout de quelque temps, une réapparition légère de ces symptômes eut encore lieu, mais elle céda rapidement au même moyen, et la guérison s'est maintenue depuis lors. Je ne dois pas oublier de dire que la matité, qui exista toujours à l'endroit de la tumeur splénique, et qui fut en proportion du développement de celle-ci, disparut également avec elle.

Réflexions. — L'observation qui précède nous paraît offrir matière à quelques remarques intéressantes, sous le triple rapport de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique.

« La physiologie, dit le docteur Saucerotte, dans le passage » rapporté plus haut, est muette à l'égard des fonctions de la » rate. » Il résulte, en effet, des expériences pleines d'intérêt de Malpighi, Assolant, Dupuytren, Ribes, etc., que la rate peut être extirpée chez les animaux, sans que les fonctions essentielles à la vie soient compromises ou plus ou moins lésées; et, d'un autre

côté, de plusieurs observations très-curieuses, rapportées par différents auteurs, que, même chez l'homme, la rate peut être enlevée en tout ou en partie, par suite de blessures, abcès, etc., sans qu'il en soit résulté de graves accidents (1). D'après ces faits et d'autres, on ne saurait, dans l'état actuel de la science, déterminer positivement la nature et l'importance des fonctions auxquelles l'organe splénique est dévolu. Néanmoins, il nous a toujours paru que l'opinion des physiologistes, qui le regardent comme une sorte de *diverticulum* ou réservoir du sang, est entourée des preuves les plus convaincantes. Ainsi, cet organe s'engorge dans les cas où le sang est fortement refoulé à l'intérieur, comme dans la course et le premier stade des fièvres intermittentes. Chez notre malade on a vu que, plusieurs fois aux époques menstruelles, un engorgement s'est produit à la région splénique. Ne semble-t-il pas que le sang menstruel ait été, en quelque sorte, dévié des organes hors desquels il s'écoule naturellement à ces époques pour se porter sur une partie qui, par sa texture et son atteinte morbide, offrait une double disposition à le recevoir? Cette congestion splénique et les hémorrhagies par le nez et la bouche dont elle s'accompagnait, nous paraissent une nouvelle preuve de ce mouvement organique, de ce *molimen hemorrhagicum* que les physiologistes ont signalé, lors des époques menstruelles.

Sous le rapport de la pathologie, nous observerons d'abord que, quant à la cause de la maladie que nous avons décrite, elle a été ici évidente, puisque l'affection a suivi de près la contusion produite par la chute sur la région splénique. La cause de l'inflammation de la rate est loin d'être toujours aussi évidente et, ce qui est surtout important à noter, c'est qu'une cause semblable a souvent produit une mort prompte. Ainsi, nous lisons dans le *Dictionnaire des sciences médicales* (art. cité) plusieurs exemples de contusions plus ou moins violentes sur la région splénique, où la mort survint au bout de quelques heures, ou de peu de jours. Dans ces cas une rupture plus ou moins forte de la rate et un épanchement de sang dans la cavité abdominale avaient

(1) *Dictionn. des sciences médicales*, art. cité.

généralement lieu. M. Cruveilhier pense même qu'à la suite de violents efforts, une congestion *apoplectique* de la rate et même sa rupture peuvent survenir ; et, ce qui rend, dit-il, cette opinion probable, c'est la fréquence des apoplexies de la rate chez le cheval et notamment chez le cheval de trait (1).

Quant à la symptomatologie, nous pensons que la description assez étendue que nous avons donnée des diverses circonstances de la maladie, nous dispense d'entrer dans de plus longs détails à cet égard. Sous le rapport de la thérapeutique, nous remarquerons l'insuccès des nombreuses médications auxquelles la malade avait été soumise lorsque nous commençâmes à l'observer. Sans doute les moyens antiphlogistiques, à Bruxelles comme ici, ont été avantageusement employés; mais les dérivatifs n'ont exercé aucune influence favorable. Le seul moyen qui ait été réellement efficace contre l'hypertrophie de la rate et l'ascite qui l'accompagnait, c'est l'onguent ioduré. Le régime sévère, auquel la malade a été astreinte, n'a pas moins contribué sans doute à amener la guérison; mais, d'après ce que nous avons observé ici chez la malade et d'après ce qu'elle avait employé antérieurement, ce régime avait été incapable à lui seul de procurer la guérison.

A l'égard de la thérapeutique des engorgements de la rate, nous trouvons dans Pinel (2) quelques remarques qui nous semblent très intéressantes. « Le fer, dit-il, paraît agir d'une » manière spéciale sur la rate; non-seulement il paraît propre à » prévenir l'augmentation du volume de cet organe, mais encore » à le réduire quand il a été augmenté. Il résulte en effet des » expériences comparatives faites sur des animaux de même » espèce, et rapportées par Sœmmering, que la rate de ceux » de ces animaux auxquels on avait donné, pendant quatre ou six » semaines, une certaine quantité de limaille de fer mêlée avec » leurs aliments, ou bien auxquels on avait fait prendre pour bois- » son de l'eau où l'on avait éteint du fer incandescent, était

(1) *Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques*, art. *Apoplexie*.

(2) *Nosographie philosophique*. Paris, 1818, tom. III, art. *Lésions organiques de la rate*.

» constamment moins volumineuse que celle des autres et que » leur sang contenait toujours beaucoup plus de fer, etc. » Mais, cette action spéciale, que Pinel reconnaît au fer sur les engorgements de la rate, peut-elle avoir des effets avantageux dans les cas où les engorgements sont, non pas la suite de fièvres intermittentes, mais la conséquence d'une inflammation de ce viscère? Sans pouvoir trancher cette question, nous dirons du moins que nous avons plus d'une fois observé, ainsi que plusieurs autres médecins, que les préparations ferrugineuses étaient avantageuses dans les fièvres intermittentes de longue durée accompagnées ou non d'engorgement splénique, tandis que nous pensons que, dans l'engorgement inflammatoire même chronique de cet organe, ces préparations ne seraient point avantageuses. Quoi qu'il en soit, les remarques de Pinel et les observations expérimentales de Sœmmering n'en sont pas moins dignes de toute l'attention du médecin praticien.

Nous ne nous arrêterons point à la circonstance des accès de fièvre intermittente que la malade dit avoir éprouvés à Bruxelles, au début de son affection. Nous pouvons douter de l'exactitude de ces renseignements de la malade et nous ne devons pas hasarder des réflexions sur un fait qui, s'il était dûment constaté, aurait une grande importance sous le rapport de la pathogénie des fièvres intermittentes. Il est présumable que l'état fébrile offrait dans ce cas, comme il arrive souvent dans les maladies inflammatoires aiguës, des paroxysmes assez marqués pour faire croire à une fièvre intermittente. Et, si les différentes médications que la malade dit avoir été dirigées contre ces accès, prouvent l'idée que le médecin devait avoir sur leur nature, d'un autre côté aussi l'insuccès de ces médications démontre suffisamment que la maladie n'appartenait pas aux vraies intermittentes.

Rapport sur l'observation qui précède (1).

Messieurs,

Vers la fin de l'année dernière, nous fûmes chargés de concert avec

(1) *Commissaire :* M. DE LAHAYE, et M. BUYLAERT, *rapporteur.*

l'auteur du présent mémoire, de faire un rapport sur un cas d'hydropisie ascite à la suite d'hématémèse et compliquée d'engorgement de la rate ; nous considérâmes dans cette circonstance l'engorgement de la rate, comme étant la cause première de l'hydropisie ascite et de l'hématémèse. Or, l'observation de splénite chronique, que le docteur Wemaer a communiquée à la Société, vient confirmer l'opinion que nous avons émise alors.

Le travail de notre honorable confrère est plus intéressant encore sous d'autres rapports. L'histoire jusqu'ici obscure des maladies de la rate, en reçoit un nouveau jour. Nous y voyons clairement exposés les symptômes, la marche et les maladies consécutives de la splénite. De plus, la physiologie peut y trouver un argument en faveur d'une hypothèse, partagée par l'auteur, et qui a pour elle l'autorité de noms distingués et les plus grandes probabilités.

D'après ces considérations, nous avons l'honneur, messieurs, de vous prier de voter l'insertion dans vos Annales de l'observation de M. le docteur Wemaer.

OBSERVATION

D'UNE PLAIE DE TÊTE AVEC PÉNÉTRATION D'UN CORPS ÉTRANGER DANS LA SUBSTANCE DU CERVEAU;

Par M. le docteur JANSSENS,

Médecin de l'hôpital civil d'Ostende, membre de la Commission médicale de la Flandre-Occidentale, etc.

M. Stock, de Thourout, visiteur de douanes à Ostende, âgé de vingt-quatre ans, d'une haute taille, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, étant, le 10 décembre 1819, de service à bord d'un navire mouillé dans le port, vit un vieux fusil rouillé dont il se servait pour tirer des canards sauvages, éclater au premier coup, entre ses mains : la culasse détachée du canon, blesse le chasseur à la partie moyenne de l'arcade sourcilière gauche. Ce morceau de fer long de près de trois pouces, avait pénétré dans le crâne, par l'extrémité inférieure de la vis, dans une direction horizontale et si profondément dans la substance cérébrale que la vis y était cachée. Au moment de l'explosion

M. Stock ne s'aperçut de sa blessure que par le sang qui coulait à flots sur sa joue. Le chirurgien, M. M..., appelé environ une heure après l'accident (il était alors 5 heures du soir) croyant n'avoir à faire qu'à une hémorrhagie provenant de la blessure de l'artère sourcilière, se borna à exercer une compression sur la plaie au moyen d'un bourdonnet de charpie, contenu par un bandage serré autour de la tête. Le blessé voulut s'en retourner chez lui, et fit une route d'une demi-lieue à pied; il passa la nuit dans une grande agitation se plaignant que le bandage lui serrait trop.

Le lendemain matin à huit heures, M. Vialars et moi nous assistâmes au premier pansement, et nous pûmes remarquer que le blessé n'était point paralysé et n'éprouvait aucun trouble des facultés intellectuelles; il put marcher facilement pour se placer sur une chaise où l'on fit le pansement.

Les paupières étaient énormément gonflées et ecchymosées, surtout la gauche au point de cacher entièrement le globe de l'œil; la pupille de l'œil sain était contractée et très-sensible à la lumière, le doigt introduit dans la plaie, y sentait un corps dur à quelques lignes de profondeur, c'était la vis de la culasse, dont on put faire l'extraction sans difficulté. Les rainures et le trou de vis de la queue étaient remplis de substance cérébrale, cette extraction fut suivie d'une abondante hémorrhagie, et le blessé fut pris au même moment d'accès épileptiformes qui cessèrent après quelques secondes pour ne plus reparaître. On put s'assurer en palpant la voûte orbitaire, ainsi que l'arcade sourcilière qu'elles étaient en grande partie détruites, on retira les esquilles, on pansa la plaie avec une compresse fenêtrée et un plumasseau de charpie. Une saignée fut pratiquée, on remit le malade au lit en prescrivant une diète sévère et des boissons rafraîchissantes.

Le soir il se manifesta une réaction fébrile qui se termina le matin par une transpiration générale. Au bout de deux jours, la suppuration s'établit; depuis cette époque il n'y eut plus de fièvre et la plaie marcha vers la cicatrisation avec tant de promptitude qu'en moins de six semaines, le blessé a pu reprendre son service de visiteur, ne conservant d'un accident qui pouvait

avoir les suites les plus fâcheuses, que la perte mécanique de l'œil gauche.

Après sa guérison M. Stock s'est embarqué pour les Indes Orientales (Batavia), où, six ans après, il se trouvait encore bien portant.

Dans le temps, j'avais adressé cette observation à la société, la croyant digne de quelque intérêt, sous le double rapport, et des parties que l'instrument doit avoir lésées en s'enfonçant de près de trois pouces dans la substance cérébrale, et sous celui de l'absence de toute paralysie et d'abolition des sens qu'entraînent ordinairement à leur suite les lésions de cette nature. Parmi les nombreuses observations consignées dans l'ouvrage du baron Larrey, qui ont trait à celle que j'ai l'honneur de communiquer à la société, je trouve dans toutes, que ces blessures ont eu des suites fâcheuses. La grande perte de sang et l'ouverture considérable de la plaie, ont-elles amendé l'inflammation qui a dû nécessairement surgir d'un tel ravage.

Dans le temps que le blessé fut en traitement, nous avons eu l'occasion de voir dans le *Morning Chronicle* du 3 février de la même année, un cas en tout semblable à celui de notre observation, mais dont le résultat ne fut pas si heureux. Voici la traduction.

« Mercredi dernier il a été fait un examen à George Inn, par » devant James Ottauv Aybsq, du cadavre d'un nommé Couchman, » âgé de seize ans, domestique. Il paraît d'après l'instruction que » le matin mercredi de la semaine précédente, Couchman chargea » un fusil dont il avait coutume de se servir, et tira une pièce de » gibier; le fusil creva pendant l'explosion, et la culasse s'étant » détachée pénétra par la vis de deux doigts dans le crâne à la » région frontale; dans cet état le garçon gagna sa maison en » chancelant, et dit à un autre domestique que l'arme avait re- » culé et l'avait fait saigner au nez et au front. Il avait tué le » gibier. On appelle aussitôt un chirurgien qui retira le mor- » ceau de fer, et pansa la blessure; il est étonnant que le blessé » ait vécu avec connaissance apparente jusqu'au dimanche sui- » vant. »

Ostende, le 13 obtobre 1840.

Rapport sur l'observation précédente (1).

Messieurs,

L'observation de M. le docteur Janssens d'Ostende, est un nouveau fait qui prouve combien le cerveau est susceptible de supporter de graves lésions, sans que la mort s'ensuive; et elle confirme évidemment ce que Boyer a dit concernant les blessures du cerveau (2). Ces blessures, dit-il, occasionnées par des projectiles lancés par la poudre à canon, sont moins dangereuses qu'on le croirait au premier coup d'œil, l'expérience a prouvé que les lésions de tête où le cerveau n'a pas été touché par la balle, sont plus dangereuses que quand le projectile a blessé cet organe, car dans ces blessures, dit le célèbre auteur, la masse encéphalique ne souffre pas de commotion, elle est seulement affectée dans son trajet, et si l'ouverture du crâne est suffisamment grande pour donner issue aux corps étrangers, au sang épanché et à la suppuration, ces plaies, en apparence si grandes, sont cependant plus susceptibles de guérison que celles produites par une autre cause. En effet, nous trouvons de nombreux exemples dans les auteurs, qui prouvent à l'évidence ce qu'a dit le savant professeur.

C'est ainsi que nous voyons dans les mémoires de l'Académie royale de chirurgie, l'histoire d'un jeune homme qui reçut une balle de fusil qui lui perça la lèvre supérieure, passa dans la narine droite, alla percer la voûte de l'orbite pour entrer dans le crâne d'où elle sortit par le haut de la tête à la partie supérieure du frontal vers la suture sagittale, et fit en cet endroit une fracture qui s'étendit jusqu'au pariétal; une masse de substance cérébrale du volume d'un œuf de poule, ainsi que plusieurs esquilles sortirent par la plaie; malgré ces grands désordres le jeune homme guérit en peu de temps sans difformités apparentes.

Dans une observation de Valeriola (3), il est dit qu'un soldat fut blessé d'une balle qui lui traversa la tête en entrant par la tempe gauche, pour sortir par celle du côté opposé; cet infortuné guérit de sa blessure mais resta aveugle et un peu sourd.

Les faits de la nature de ceux que nous venons de citer, ne sont pas très-rares, et on en trouve plusieurs dans les ouvrages qui traitent des blessures du cerveau; on dira peut-être que le malade qui fait l'objet de l'observation de M. Janssens, ne peut pas être classé dans cette catégorie, puisqu'il a pu faire un trajet d'une demi-lieue pour

(1) *Commissaires :* MM. Wemaer et Verriest; *rapporteur*, M. Van Steenkiste.

(2) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales.*

(3) *Mémoires de l'Académie de chirurgie.*

aller chez lui, et qu'en second lieu, le corps étranger a séjourné seize heures dans la substance cérébrale; à cette objection nous répondrons par d'autres faits tout aussi concluants que ceux déjà énumérés. Celui, par exemple, que rapporte le baron Larrey et qui est cité avec un grand intérêt par la plupart des auteurs de pathologie chirurgicale, d'un blessé qui reçut un fragment de baguette de fusil à la partie moyenne du front et qui sortit par la partie gauche de la nuque, de manière à faire en avant et en arrière une saillie de deux pouces; ce blessé gagna cependant en partie l'ambulance qui était distante de plus d'une lieue.

Quesnoy, dans ses remarques sur les plaies du cerveau (1), rapporte, d'après Anal, qu'un individu fut frappé d'une balle qui lui fractura le coronal, par où elle entra dans le cerveau; cet homme guérit et la balle lui resta dans la tête sans l'incommoder; enfin il mourut subitement quelques années après et l'on trouva le corps étranger sur la glande pinéale au milieu d'un épanchement sanguin nouvellement extravasé.

La comparaison des faits que nous venons de rapporter avec celui du docteur Janssens prouve tout l'intérêt qui s'attache à l'observation de notre honorable membre correspondant, et nous vous proposons, messieurs, de faire imprimer ce travail dans les Annales de la Société et d'adresser à l'auteur des remercîments pour son importante communication.

Bruges, le 1er décembre 1840.

—

NOTE

SUR LA FALSIFICATION DU PAIN PAR LE SULFATE DE CUIVRE ;

Communiquée par M. DE LA HAYE, médecin judiciaire.

La coupable habitude des boulangers de notre pays d'introduire du *sulfate de cuivre* dans la confection du pain, vient de donner lieu à un procès qui a été jugé à Courtrai et qui a offert quelques incidents que je crois assez intéressants pour vous les communiquer.

Des opinions différentes y ont été énoncées; deux commis-

(1) *Mémoires de l'Académie* déjà cités.

sions, une de Courtrai et l'autre de Gand, concluaient à l'absence de la matière vénéneuse, ou à la non falsification du pain; une troisième commission, celle de Bruges, dont je faisais partie, concluait que le pain soumis à son analyse avait été altéré par l'addition d'une substance cuivreuse. Le tribunal s'est prononcé pour cette dernière opinion, malgré sa minorité, et a condamné le boulanger. Afin que l'on puisse juger comment le tribunal a pu ainsi justement s'écarter de l'opinion de la majorité, il suffira d'exposer les faits avec quelques détails.

Des circonstances tout à fait étrangères au procès actuel, et que, pour cela, il serait inutile de narrer, avaient provoqué une saisie de pain chez un boulanger de Wynkel St Eloi. Celui-ci avait, par sa conduite, lors de cette saisie, confirmé en quelque sorte les soupçons conçus à l'égard de la falsification de ses pains, et quoique les premiers motifs de ces soupçons eussent été démontrés non fondés, la justice a cru devoir continuer ses investigations, que cette conduite semblait dès lors nécessiter.

Une commission d'experts de Courtrai, fut en conséquence chargée d'analyser les pains saisis.

Nous allons transcrire ici le procès-verbal de leurs opérations, moins les détails concernant les faits dont nous venons de parler, et qui ont été écartés de la cause.

« Nous soussignés Pierre François Petit, et Charles Tiers Reynaert, pharmaciens établis en la ville de Courtrai, requis par MM. le juge d'instruction près le tribunal de première instance séant en la susdite ville, à l'effet de procéder, conjointement avec M. Dejaeghere et Decoene, médecin et chirurgien légistes, à l'analyse des substances ci-après désignées, savoir :

Quant aux pains désignés sous les n°s 4, 5 et 6, les analyses en ont été faites d'après les divers modes prescrits dans les ouvrages de chimie, mais particulièrement d'après la méthode décrite dans le Répertoire de chimie de P. J. Hensmans. Ces analyses ne donnaient pas de résultats constants puisque par l'une méthode les divers pains semblaient contenir des atomes de cuivre, tandis que le contraire fut prouvé par une autre. Cette diversité dans les résultats donnait à croire que les analyses étaient mal menées, ou que les réactifs pouvaient y

avoir exercé une grande influence, et en être la cause. Ces raisons nous ont excité à étendre nos investigations, les analyses ont donc été reprises, et nos travaux ont été couronnés de succès. Nous venons de terminer les essais qui nous ont pleinement convaincus que le cuivre, loin de se trouver dans le pain, comme l'avaient indiqué les premières analyses, existait dans le papier gris, dont on s'était servi pour filtrer les liquides acides; cette découverte faite par l'un des experts soussignés a été confirmée par nos travaux communs, et les preuves en ont été faites en présence de M. le substitut du procureur du roi. Nous donnons ci-après un court résumé de ces opérations :

1° Deux feuilles de papier gris, dont on se sert communément pour filtrer les liquides, ont été trempées à chaud dans de l'eau distillée, fortement aiguisée d'acide sulfurique, la colature de couleur jaunâtre a été passée par un linge, un excès d'ammoniaque y a été versé et a donné lieu à la précipitation d'une partie de matières brunes; filtré de nouveau, le liquide a été exposé à la chaleur, dans une capsule de porcelaine, pour le condenser et en dégager l'excès d'ammoniaque; soumis à la réaction de l'hydro-ferrocyanate de potasse, ladite liqueur a donné une coloration rouge brun, après un repos de quelques heures, nous avons obtenu un précipité brun marron assez abondant. Ce précipité était soluble dans l'ammoniaque et reparaissait au fur et à mesure de l'évaporation de celui-ci.

2° Le même papier lavé préalablement à l'acide hydrochlorique très-étendu, a été traité de la même manière, et a donné un produit analogue, mais une moindre quantité de matière colorante a été précipitée par l'ammoniaque.

3° Quelques feuilles de papier gris, remises par M. le substitut Willems, ont été de même traitées en sa présence, le même résultat a été obtenu.

4° Quelques feuilles de papier gris ont été réduites en cendres, ces dernières traitées par l'acide sulfurique dilué et ensuite par l'ammoniaque, ont constamment produit le précipité brun marron en assez grande quantité. La liqueur ammoniacale avait une teinte bleuâtre. Cette dernière liqueur traitée par

quelques gouttes d'acide sulfurique a été soumise à la réaction d'une lame de fer décapée, après un séjour de quelques heures, la lame se trouvait couverte d'une couche de cuivre métallique.

5° Une partie de cendres provenant de trois feuilles du même papier a été traitée par un excès d'acide nitrique concentré, ensuite diluée dans l'eau distillée et soumise à l'action de la chaleur, un excès d'ammoniaque y fut versé pour précipiter les sels étrangers et le fer, et redissoudre l'oxide de cuivre, filtré par un linge et convenablement évaporé. Le liquide restant précipitait abondamment avec la dissolution de l'hydro-cyanate ferroso potassique.

Plusieurs autres opérations analytiques ont été faites, toutes nous ont pleinement convaincus que le papier gris, dont nous nous étions servis pour filtrer les liquides provenant des analyses des pains, contient des atomes de cuivre, tandis que le contraire a été établi sur les cendres des susdits pains traitées par les mêmes procédés, mais filtrées à travers une toile très-serrée.

En foi de quoi nous avons dressé le présent rapport.

Courtrai, le 22 juin 1840.

Le juge d'instruction de Courtrai parut avoir des motifs de ne pas être satisfait de ce rapport; et il crut devoir s'adresser à son collègue de Bruges, et l'invita à charger une commission d'experts de cette ville de soumettre les mêmes pains à une nouvelle analyse.

Voici le procès-verbal des opérations de cette dernière, dont j'étais rapporteur.

Pro Justitia.

« L'an mil huit cent quarante, le vingt-neuf juin, à la réquisition de M. Van Caloen, juge d'instruction près le tribunal de Bruges, nous soussignés De la Haye, docteur en médecine, J. Delater et F. Cailliau, pharmaciens, tous résidant à Bruges, déclarons nous être réunis dans le laboratoire de l'un de nous, à l'effet d'analyser différents morceaux de pain contenus dans

un panier cacheté qui nous a été remis par ledit juge d'instruction et d'indiquer les divers modes d'opération suivis par nous pour établir la présence ou l'absence des matières vénéneuses qui peuvent se trouver dans ces pains.

A ces objets est joint un rapport de MM. les experts de Courtrai indiquant les opérations chimiques faites par eux sur les mêmes pains, rapport qui n'a pas paru concluant à M. le juge d'instruction de Courtrai, mais pouvant donner lieu à des sérieuses discussions.

Là, après avoir prêté serment entre les mains du susdit juge d'instruction nous avons procédé comme suit :

Le panier cacheté ayant été ouvert, nous y avons trouvé trois paquets également cachetés et marqués n° 4, n° 5, n° 6, et contenant tous différents morceaux de pain.

A. Nous avons pris six onces de pain du paquet n° 4, nous l'avons mis dans un creuset neuf marqué n° 4; l'incinération achevée, les cendres d'une couleur grisâtre ont été pulvérisées dans un mortier de verre, et triturées avec de l'acide sulfurique étendue d'eau distillée : ce mélange a été chauffé pendant 12 à 15 minutes à une lampe à esprit-de-vin, filtré à travers un linge serré et saturé avec un excès d'ammoniaque, pour précipiter l'alumine, la silice, etc., et redissoudre l'excès de cuivre; le liquide contenant un précipité blanc a été filtré de nouveau à travers un linge, l'acide a été ajouté jusqu'à presque neutralisation, en laissant toutefois légèrement dominer l'acide.

Alors le liquide a été soumis à l'action de l'hydroferro-cyanate de potasse et à l'instant il s'est troublé et coloré en rose rouge, et après un repos de quelques heures il s'est formé un précipité de la même couleur.

B. Le paquet n° 5, a été soumis aux mêmes essais et a fourni le même résultat, excepté que le précipité rose rouge était moins abondant : la quantité de pain employé était de cinq onces.

C. Mêmes essais et mêmes résultats sur le pain marqué n° 6, cependant précipité un peu moins abondant, à cause sans doute de la moindre quantité de pain, celle-ci n'ayant pu être que de trois onces.

D. Le restant de pain blanc contenu dans le paquet n° 4 a été traité à part, et a fourni le même précipité aussi en quantité plus petite, mais proportionnelle à la quantité de pain, qui était seulement de six gros.

Une partie réservée de ces différents liquides qui avaient fourni lesdits précipités ont été mis séparément en contact pendant vingt-quatre heures, avec une lame de fer et ont donné le résultat suivant :

Le n° 4 a laissé voir sur la lame de fer une couche cuivreuse prononcée.

Le n° 5 a donné lieu à une couche cuivreuse moins prononcée, mais la quantité de liquide réservée était beaucoup plus petite.

Le n° 6 a également fourni une couche moins intense, mais en rapport aussi avec la quantité de liquide.

De ces faits et expériences nous concluons que les pains contenus dans les paquets n° 4, n° 5, et n° 6 *ont été altérés par l'addition d'une substance cuivreuse.*

Cette conclusion est contraire à celle exprimée dans le rapport susmentionné de MM. les experts de Courtrai, et nous avons vainement cherché le moyen de nous expliquer cette contradiction. L'objection en effet que ces experts déduisent de la présence du cuivre dans le papier gris que l'on emploie d'ordinaire pour filtrer les liquides provenant des analyses, n'est pas applicable aux procédés employés par nous, puisque nous n'avons fait emploi que de la toile pour filtrer ; elle ne peut donc rendre compte de la différence des résultats obtenus.

Pour ce motif et pour donner à nos résultats une entière certitude, nous avons fait une contre épreuve : nous avons cuit nous mêmes un pain blanc de cinq onces, nous l'avons soumis aux mêmes expériences, par lesquelles la présence du cuivre a été mise à découvert dans le pain que nous étions chargés d'examiner, et nous n'avons obtenu aucun précipité cuivreux. Nous avons même divisé cette expérience en deux : Dans l'une nous avons fait la filtration à travers une toile, et dans l'autre à travers le papier gris; et dans le premier cas aucun changement de couleur n'a été produit par le réactif, dans le second cas une légère nuance rosée a paru.

La lame de fer mise en contact avec deux liquides obtenus de ce même pain ont fourni également un résultat négatif pour celui filtré à travers la toile, et un léger reflet cuivré pour celui filtré à travers le papier.

En foi de quoi nous avons signé le présent rapport. »

Nos conclusions étant contraires à celles des experts de Courtrai, le tribunal de cette ville dut soumettre la question à un troisième arbitre, et une commission de chimistes de Gand fut chargée de faire une troisième analyse des mêmes pains. Nous transcrivons ici également le procès-verbal des opérations de ces experts.

« Nous soussignés Edouard Jacquemyns, Alexis La Dos et Joseph Mareska, docteurs en médecine à Gand, à la réquisition de M..., avons procédé à la vérification des pains renfermés dans des paquets cachetés, portant les désignations suivantes :

1° Le restant du pain qui nous a été remis sous le n° 4 signé : J. Delater, F. Cailliau.

2° Le restant du pain qui nous a été remis sous le n° 5, signé : J. Delater, F. Cailliau.

3° Le restant du pain qui nous a été remis sous le n° 6, signé : J. Delater, F. Cailliau.

Ce dernier renfermait outre le pain, un paquet cacheté contenant les cendres du même pain.

Après avoir pris connaissance des rapports de MM.... Experts à Bruges, de MM.... Experts à Courtrai.

Quatre-vingt-douze grammes (environ trois onces) de pain n° 4 furent incinérés dans un moufle.

Nous avons chauffé la cendre avec de l'acide azotique, nous avons ensuite ajouté une petite quantité d'eau distillée, puis un excès d'ammoniaque et quelques gouttes d'une dissolution de carbonate d'ammoniaque; après ces opérations, la liqueur fut filtrée à travers un papier à filtrer blanc, préalablement lavé à l'acide hydrochlorique et à l'eau distillée.

Nous avons ajouté de l'acide sulfurique à la liqueur filtrée jusqu'à ce qu'elle fût légèrement acide, et puis nous avons ajouté une dissolution de cyanure de fer et de potassium : la liqueur abandonnée au repos a donné, après une couple d'heures, une précipitation rose.

Nous avons inciméré cent soixante-quatre grammes de pain n° 5, et la cendre soumise aux mêmes expériences que celles de n° 4, nous a donné le même résultat.

Il ne restait pour nos expériences que quatorze grammes du pain n° 6, et un paquet de cendre cacheté par MM. les experts de Courtrai susmentionnés.

Les quatorze grammes de pain n° 6, furent traités de la même manière que les pains n° 4 et 5, et ne donnèrent point de précipité.

La cendre contenue dans le paquet susmentionné ne donna pas non plus de précipité, après avoir été traité comme la cendre des pains cités.

Il résulte de ces expériences que les pains n° 4 et 5, contiennent du cuivre.

Nous n'avons pas trouvé du cuivre dans le pain n° 6, mais la quantité de matière qui nous fut donnée pour être soumise à l'analyse était insuffisante pour constater la présence du cuivre dans un pain qui n'en contiendrait qu'une petite quantité.

Nous ne pouvons attribuer le précipité rose obtenu dans l'examen des pains n° 4 et 5, au papier.

1° Parce que dans les nombreuses analyses de pain que nous avons faites, et dans les quelles nous nous sommes toujours servis de filtres en papier convenablement choisi et non pas en papier gris, nous avons très-rarement trouvé du cuivre.

2° Parce que nous avons en outre pris la précaution de laver avec soin nos filtres avant de nous en servir pour les expériences que nous venons de rapporter.

Examinant ensuite la question si le cuivre trouvé provient du sulfate de cuivre ajouté frauduleusement ou du cuivre existant naturellement dans le blé ; en comparant la quantité de précipité obtenu dans les expériences ci-dessus avec le précipité antérieurement dans l'examen de pain cuit avec une quantité déterminée de sulfate de cuivre, nous estimons que la quantité de cuivre trouvé dans les pains n° 4 et 5, ne répond pas à plus de six mille grammes par kilogramme de blé; nous admettons que la quantité de cuivre existant naturellement dans le blé, peut s'élever jusqu'à cette proportion, et lorsque le pain ne

contient qu'une faible quantité de cuivre, nous ne voyons d'autre moyen de constater l'origine de ce métal que d'examiner comparativement la farine et le pain.

Nous concluons des expériences et considérations ci-dessus :

1° Que les pains n° 4 et 5, contiennent du cuivre et qu'il est impossible d'affirmer qu'ils aient été falsifiés.

2° Que la petite quantité de pain qui nous a été remise sous le n° 6 provenant d'un pain dans lequel il n'y avait pas de cuivre du tout ou pas assez de cuivre pour en rendre l'usage dangereux, à moins que le sulfate n'y eût été ajouté à l'état solide de manière à être très-inégalement reparti dans la masse panière.

Gand, le 28 juillet 1840. »

Tels sont les trois rapports qui furent dressés à propos d'un même fait. Il s'agit maintenant d'examiner pourquoi l'opinion d'une seule commission, celle qui concluait à la falsification du pain, a prévalu dans l'esprit des juges sur l'opinion des deux autres commissions qui n'admettaient pas cette falsification.

1° Le procès-verbal des chimistes de Courtrai contenait un hors-d'œuvre ; ils démontraient longuement l'existence du cuivre dans du papier gris, dont ils s'étaient servis pour filtrer les liquides, provenant des analyses. Ce fait, qui n'était pas une découverte, comme on semblait le croire, puisque Gahn, cité par Berzelius, l'avait fait connaître longtemps avant 1821, ce fait n'était pour rien dans la question actuelle, puisqu'il suffisait de mettre de côté ce moyen de filtration ; mais en outre ce fait avait-il bien toute l'importance qu'on a voulu lui accorder, alors même que dans toutes les expertises on eût fait usage de papier gris, ainsi que cela a eu lieu dans une autre cause plaidée peu de temps avant? A quoi se réduit le précipité obtenu par une simple filtration à travers le papier gris, quand on le compare à la quantité de précipité cuivreux obtenue dans nos analyses, et même, quand on le compare à la quantité remarquable obtenue par l'un des chimistes de Courtrai même ; tellement qu'il ne put l'empêcher de le montrer à l'un des membres de notre commission qui se trouvait accidentellement à Courtrai,

lors des premières opérations faites sur le pain soupçonné et avant la prétendue découverte faite sur le papier gris.

Ces circonstances et peut-être d'autres encore, renfermées dans l'instruction du procès, peuvent faire comprendre comment le tribunal ne s'est pas arrêté aux conclusions des experts de Courtrai.

2° Les conclusions négatives, déduites des opérations des chimistes de Gand, ne pouvaient plus infirmer les conclusions affirmatives de notre rapport. Que disent ces derniers experts? ils ne nient pas l'existence du cuivre dans le pain, mais ils attribuent les indices qu'ils en ont obtenus au cuivre qui existe naturellement dans le blé. Quoique cette opinion n'est pas encore adoptée par tous les chimistes, et que quelques-uns ne l'adoptent que dans certains cas, par exemple lorsque le sol, dans lequel le blé croît, contient lui-même du cuivre (voir *Journal de chimie médicale,* tome 9, page 147, article de Boutigny), les chimistes mêmes, qui admettent la présence de ce métal dans le blé, ont posé des limites qui détruisent l'application que les experts de Gand en ont voulu faire. M. Sarzeau, qui le premier a publié un travail important sur cette matière, établit que, pour pouvoir arriver aux premiers indices du cuivre naturel dans le blé, il ne faut pas opérer sur moins de 500 grammes (une livre) (1). Or, la quantité de pain sur laquelle ces derniers ont opéré, a été de 3 onces seulement. Les indices du cuivre qu'ils ont par conséquent obtenus, ne pouvaient être ceux du cuivre existant naturellement dans le blé.

M. Kuhlman (2), autre autorité favorable à l'existence du cuivre naturel dans le blé, indique un procédé par lequel il peut constater la présence du sulfate de cuivre dans le pain, dût cet aliment ne contenir que 1/70000 de ce sel. « Or, dit-il, il existe » encore une *énorme différence* entre les résultats fournis par » du pain chargé de 1/70000 de sulfate, et ceux qu'on obtient du » pain qui n'a pas été préparé en se servant de ce sel. Par

(1) *Journal de pharmacie,* tome XVI, page 505.

(2) *Considérations sur l'emploi du sulfate de cuivre, et de diverses autres matières salines, dans la fabrication du pain*, présentées au Conseil de salubrité du département du Nord, en avril 1830.

» conséquent, ces faits (la découverte du cuivre dans les farines
» et les céréales), ne peuvent détruire en rien la garantie que
» la santé publique peut trouver dans l'analyse chimique pour
» faire découvrir les manœuvres coupables des boulangers. »

L'un des chimistes de Gand a avancé, dans sa déposition, qu'il avait les moyens de découvrir le cuivre dans une quantité de pain beaucoup moindre relativement que les autres chimistes.

Nous ne voulons pas qualifier cette assertion ; mais, pour qu'on puisse lui accorder quelque confiance, il faudrait que le procédé, au moyen duquel ce chimiste obtient de tels résultats, eût reçu quelque publicité, et il faudrait surtout que ce procédé eût été suivi par les chimistes de Gand eux-mêmes dans leurs analyses. Mais le procédé décrit par eux dans leur rapport, est le même que celui adopté dans la science, et suivi par les chimistes qui ont posé les règles sus-indiquées ; et par quel privilége les chimistes de Gand en obtiendraient-ils des résultats si différents?

Mais, alors même que les conclusions des deux commissions de Courtrai et de Gand n'eussent donné lieu à aucune de ces objections, une circonstance qui se présente fréquemment dans ces sortes de recherches, a été rappelée par nous aux juges, comme pouvant expliquer, s'il eût été nécessaire, cette différence de résultats, et faire maintenir tout à la fois les conclusions des trois commissions, c'est que le cuivre peut être inégalement répandu dans la pâte qui a servi à la confection du pain, ainsi que M. Kuhlman en a cité un fait remarquable, et que des morceaux des mêmes pains, inégalement chargés, peuvent tomber entre les mains de chimistes différents, et entraîner des conclusions opposées. Et on conçoit que, dans un pareil cas, plusieurs résultats négatifs ne sauraient détruire un résultat positif.

Nous pouvons donc conclure que l'opinion de la commission de Bruges a dû être maintenue, malgré l'opinion contraire de deux autres commissions.

Une difficulté plus réelle peut se présenter aux juges dans les procès, comme celui qui nous occupe, et les mettre dans une véritable perplexité pour l'appréciation de la source d'où peut dériver la présence du cuivre dans le pain, c'est le cas où dans

la préparation du pain, on se serait servi d'ustensiles de cuivre.

M. Boutigny a démontré l'existence du cuivre dans beaucoup de liquides qui servent à notre alimentation, et dont la source était l'emploi d'instruments de cuivre pour leur préparation. Tels sont le cidre, les eaux minérales artificielles, le vinaigre, l'eau-de-vie, différents bouillons. Ici, des vases, des robinets, des alambics tous de cuivre, avaient servi dans la préparation ou la manipulation de ces substances (1).

MM. Chevalier et Boulay ont fait, en mai 1838, à la Société de Pharmacie de Paris, un rapport sur un mémoire de M. Thieullen, lequel, à la réquisition du maire de Rochefort, avait fait des recherches sur des pains que le peuple disait empoisonnés, parce que dans leur intérieur ces pains étaient empreints de nombreuses taches vertes. Après bien des recherches pour découvrir la source du cuivre, dont il avait constaté la présence dans ces pains, il trouva que le cuivre existait seulement dans les pains faits avec de la farine provenant d'une machine pour la mouture, mue par la vapeur, établie à La Rochelle. On examina cette machine, et on vit qu'un *coussinet en cuivre,* qui fonctionnait déjà depuis trois mois, était usé à tel point qu'il avait perdu plus de 30 grammes, et qu'autour de ce coussinet il existait une certaine quantité de limaille qui tombait continuellement dans la grande tremie où on plaçait le grain, passait avec lui sous la meule et de là dans la farine (2).

Ces circonstances doivent donc être connues des juges, puisqu'elles peuvent effectivement donner lieu à de faux jugements. Mais doit-il en résulter que le juge ne pourra plus désormais discerner si le pain qui contient du cuivre a été falsifié par une main criminelle, et devons-nous voir la loi éludée par des boulangers vraiment coupables? (Des boulangers de Roulers, condamnés en 1re instance à Courtrai, viennent d'être acquittés en appel à Bruges, d'après des motifs semblables.) Non, sans doute, et il est un moyen facile de porter remède à cette cause d'incertitude. En effet, les boulangers n'ont aucun besoin de se servir

(1) *Journal de chimie médicale, de pharmacie et de toxicologie,* mars 1833.
(2) *Journal de pharmacie et des sciences accessoires*, septembre 1838.

d'instruments de cuivre, les vases de cuivre dont quelques-uns se servent pour enfermer leurs ferments, peuvent être faits de toute autre matière, qui ne puisse donner lieu à la formation d'un poison.

L'autorité peut donc, sans le moindre inconvénient, interdire aux boulangers l'usage d'ustensiles de cuivre. Un arrêté, qui établirait une forte peine contre tout boulanger qui contreviendrait à cette défense, empêcherait ceux-ci de se prévaloir d'un moyen de défense qui ne sert qu'à faire absoudre des hommes coupables. C'est dans ce but que la Commission médicale provinciale de la Flandre occidentale vient d'adresser au gouverneur de la Province, une proposition, afin qu'il veuille prendre des mesures pour interdire aux boulangers l'usage d'instruments de cuivre.

HOPITAL S[t]-JEAN DE BRUXELLES.

SERVICE CHIRURGICAL. — CHIRURGIEN EN CHEF M. LE DOCTEUR A. UYTTERHOEVEN.

ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE POPLITÉE, LIGATURE DE L'ARTÈRE CRURALE, GUÉRISON; QUELQUES ANNÉES APRÈS, PLAIE AU COUDE, PÉNÉTRANT DANS L'ARTICULATION, MORT, AUTOPSIE.

Observation recueillie par **J. BOUGARD**, élève interne.

Le concours des circonstances qui ont accompagné le fait suivant, offre assez d'intérêt pour qu'il soit livré à la publicité. La guérison de l'anévrysme poplité, par la ligature de l'artère crurale, est certainement chose très-commune, mais les faits bien observés de disparition totale de la tumeur anévrysmale, malgré l'existence d'une communication facile entre la crurale supérieure à la ligature et la poplité au-dessus de l'anévrysme, sont déjà moins nombreux, et les cas de lésion grave, de déchirure de la veine crurale pendant l'opération (accident si redouté), sans que, le moins du monde, la cure en ait été contrariée, sont encore infiniment plus rares.

C. Matheys, cocher, âgé de 35 ans, d'un tempérament sanguin et fortement constitué, fut affecté en 1835, d'un anévrysme de l'artère poplitée, vis-à-vis de l'articulation; il crut pouvoir attribuer cette lésion à un effort violent d'extension qu'il fit avec le membre gauche, siége de la maladie. Quoi qu'il en soit, la tumeur se développa promptement, et, en quatre ou cinq mois, elle avait acquis le volume du poing. Matheys se livra alors au scalpel d'un chirurgien distingué de la capitale, qui fit la ligature de l'artère crurale, d'après la méthode de Hunter : pendant l'opération, un aide voulant séparer l'artère de la veine, au moyen d'une sonde cannelée, déchira assez fortement ce dernier vaisseau, il s'ensuivit une hémorrhagie veineuse, l'artère fut immédiatement liée et les lèvres de la plaie réunies; il ne survint aucun accident. En cinq semaines, la cicatrisation était achevée; la

tumeur anévrysmale considérablement diminuée, disparut totalement en très-peu de temps. Il reprit ses occupations.

Le 6 août 1840, Matheys entra à l'hôpital St-Jean, atteint d'une plaie au coude gauche, postérieurement et au niveau de l'articulation; elle est transversale, de deux pouces de longueur, l'olécrane est fracturé vers son union au cubitus, l'articulation largement ouverte. Dans une altercation qu'il eut avec un soldat, celui-ci lui porta un coup de sabre; Matheys voulut se garantir la tête avec le membre gauche, de sorte que l'avant-bras était levé au-dessus de la tête et dans la flexion, lorsqu'il reçut le coup. Il y avait en outre luxation en arrière de l'extrémité supérieure du radius.

Il est à remarquer que cet individu se battit encore après qu'il fut blessé, et que dans cette lutte, il fit une chute sur le membre lésé, d'où l'on peut penser que la luxation fut produite par cette dernière cause.

Arrivé à l'hôpital, on réduisit d'abord la luxation du radius, les lèvres de la plaie furent ensuite réunies au moyen de bandelettes agglutinatives, et de quelques points de suture. Le membre maintenu dans l'extension et placé dans une position déclive sur un coussin approprié.

L'inflammation de la plaie et de ses environs survint le troisième jour; on pratiqua une saignée; sangsues et émollients sur le bras. L'inflammation n'acquit que peu d'intensité, mais elle envahit la partie supérieure de l'avant-bras et la moitié inférieure du bras, sous la forme du phlegmon diffus. Toute cette étendue fut bientôt en suppuration, on pratiqua de larges incisions et contr'ouvertures; le pus était très-abondant, la santé s'altéra promptement. Le 15 il eut un léger frisson, abattement, découragement, prostration. On lui proposa l'amputation; il s'y refusa formellement. Le pus ne tarda pas à s'altérer, il devint séreux et moins abondant; état général de plus en plus alarmant. Aucune considération ne put le déterminer à se laisser amputer.

Le 21, il demanda lui-même qu'on lui fit l'opération; après délibération de plusieurs médecins, on la lui pratiqua au tiers supérieur du bras. Son état ne cessa d'empirer, il succomba le 24 à la suite de résorption purulente.

L'autopsie cadavérique permit de constater les altérations suivantes : inflammation des veines du moignon, abcès dans les poumons, le foie, la rate.

L'examen du membre amputé avait fait reconnaître la justesse du diagnostic.

Le membre qui avait supporté l'opération de la ligature de l'artère crurale, fut examiné avec le plus grand soin; d'abord les artères furent injectées, on disséqua ensuite attentivement les muscles, artères, veines et nerfs en les conservant autant que possible, et l'on remarqua les particularités suivantes :

Cicatrice. Elle se trouve à la partie moyenne de l'artère-fémorale, qui forme avec la veine et le tissu cellulaire un cordon fibreux de la grosseur du petit doigt, où il est impossible de distinguer ces vaisseaux ; cette masse fibreuse a 4 1/2 à 5 pouces d'étendue, c'est la mesure de l'oblitération de l'artère, celle de la veine a un pouce de moins; le nerf crural traverse la partie externe de la cicatrice, il ne présente aucune lésion.

Au-dessus de la cicatrice, l'artère-fémorale a conservé son calibre normal, elle donne différentes branches dont une seule est considérablement développée, c'est la musculaire profonde, elle semble former la continuation de l'artère crurale par son volume; parmi les artères que donne la musculaire profonde, la plus remarquable est la perforante supérieure, elle est fortement dilatée; l'une des branches de cette dernière, destinée au biceps, efface les autres par son volume, elle se divise bientôt en deux rameaux, l'un plus petit se perd dans le biceps, l'autre très-volumineux, vient se jeter dans l'artère poplitée, un pouce au-dessous de la gouttière aponévrotique du grand adducteur, c'est ce rameau, ayant acquis la grosseur d'une plume, qui rétablit entre la fémorale et la poplitée, la communication interrompue par cinq pouces d'oblitération.

Les autres artères de la cuisse sont aussi plus développées que dans l'état naturel, une entre autres, naissant de la perforante supérieure, vient plonger dans le nerf sciatique vers la partie moyenne de la cuisse, marche renfermée au milieu de ce nerf dans l'espace de 5 pouces, en faisant une infinité de sinuo-

sités, en sort ensuite pour communiquer avec l'une des jumelles, ce rameau est de la grosseur d'une plume de corbeau.

Au-dessous de la cicatrice l'artère poplitée n'a rien perdu de son volume; à l'endroit où existait l'anévrysme, elle présente un léger renflement, « ce qui tient à l'épaississement de ses parois » dans l'étendue de deux pouces qui ont à peu près le double de leur épaisseur normale, elle a contracté des adhérences avec la veine et le tissu cellulaire condensé des environs.

Les artères tibiales et péronnière ne présentent aucun changement.

L'anévrysme était formé par la dilatation totale de l'artère.

La pièce est conservée au cabinet d'anatomie pathologique de l'hôpital St-Jean.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

—

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Analyse des nos de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre.

—

DE LA COMPRESSION ET DE QUELQUES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU TRAITEMENT DES AFFECTIONS ARTICULAIRES CHRONIQUES;

Par M. le docteur SOVET, de Beauraing.

Le but de ce mémoire est d'éveiller l'attention des praticiens et des observateurs sur quelques points de la thérapeutique des arthropathies, de faire sentir la nécessité de bien étudier et de poser plus nettement les indications de leur traitement. L'auteur rapporte quatre observations d'affections articulaires chroniques traitées de diverses manières.

Dans un cas de tumeur blanche du genou qui avait résisté

aux émollients, aux émissions sanguines locales, aux bains prolongés, aux frictions avec l'onguent mercuriel, aux révulsifs, etc., l'emploi de la compression selon la méthode de M. Delavacherie a été promptement suivi de la réduction de la tumeur : malheureusement le malade a succombé à une affection pulmonaire, 22 jours après la première application de l'appareil compressif.

Dans un deuxième cas de gonflement du genou gauche, survenu sans cause connue, chez un individu scrofuleux, la maladie a cédé à des soins hygiéniques, à l'usage interne de l'iode uni aux amers et combiné avec les frictions mercurielles et iodurées.

Sous l'influence de la même méthode de traitement l'arthropathie a disparu, dans deux autres cas.

L'auteur insiste surtout sur la nécessité d'envisager les arthropathies sous toutes les faces, afin d'arriver à des indications claires et précises, et de profiter avec discernement des richesses de leur thérapeutique.

« Nous aurions pu dit-il en terminant, nous étendre beaucoup plus longuement sur ce sujet intéressant, rappeler les succès obtenus par M. Lisfranc à l'aide de sangsues posées en petit nombre et souvent appliquées ; ceux qu'obtenait le professeur Ansiaux par les douches et par le cautère actuel, moyen sur lequel M. Henroz, de Marche, a publié, il y a deux ans, un mémoire plein d'intérêt et de faits remarquables ; mais nous avions moins la prétention de combler des lacunes que le désir d'en indiquer quelques-unes. Ce que nous appelons de tous nos veux, c'est un traité complet des arthropathies, et cette tâche, si bien commencée par M. Velpeau et M. Delavacherie, sera rendue moins difficile par l'abondance des matériaux renfermés dans les archives de notre art ; mais elle ne peut guère être bien remplie que par des chefs de services chirurgicaux qui, à même de recueillir un grand nombre de faits, peuvent, par une observation attentive et une sage expérimentation, reconnaître les diverses lésions et apprécier la valeur et l'indication thérapeutique des divers moyens de traitement. Ce travail serait éminemment utile à la science et à l'humanité ; il empêcherait que la mode ne régnat en chirurgie, comme malheureusement elle règne quelquefois en médecine ; il éviterait enfin ces essais malheureux

qui, basés sur une généralisation peut-être trop étendue, pourraient, s'ils étaient assez nombreux, ternir l'éclat d'une découverte thérapeutique à laquelle portent intérêt tous les hommes qui tiennent à la gloire de notre jeune chirurgie.

DEUX CAS D'EMPHYSÈME SPONTANÉ DONT L'UN S'EST MANIFESTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT ET L'AUTRE A LA SUITE D'UN ULCÈRE DU LARYNX ;

Par M. le docteur BODDAERT.

Les auteurs rapportent quelques cas d'emphysèmes spontanés qui se sont manifestés pendant l'accouchement ; mais, en général, la tumeur s'est bornée dans tous au-devant ou aux côtés du cou ou à la partie supérieure de la poitrine ; dans la première observation rapportée par M. Boddaert, l'air s'est introduit non-seulement jusqu'à la partie inférieure de cette dernière région, mais aussi dans le tissu cellulaire de toute la face, et aurait pu s'étendre encore plus loin si l'on n'eût terminé l'accouchement.

Dans le second cas, observé par M. Boddaert, l'emphysème spontané s'est étendu à tout le corps ; le malade a succombé à la suite de cette triste affection. Dans ces deux cas l'autopsie cadavérique a permis de constater la perforation du larynx.

MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU BANDAGE UNISSANT LES LÈVRES ;

Par M. le docteur A. LAURENT.

L'auteur, après avoir donné une description succincte des bandages unissant des lèvres inventés par Louis, Desault, Chaussier, M. Gerdy, etc., qui tous, selon lui, sont imparfaits, en propose un de son invention, moins compliqué que les précédents, plus dégagé et atteignant beaucoup plus sûrement le but. M. Laurent expose ensuite les avantages de ce nouveau bandage ; il énumère aussi tous les reproches qu'on pourrait lui adresser et les renverse par des raisonnements multipliés et judicieux, son mémoire se termine par deux observations très-circonstanciées de divisions congéniales de la lèvre supérieure au traitement desquelles il a fait l'application de son bandage ; quant à ce dernier il se compose d'emplâtres agglutinatifs et de bandes de linge.

OBSERVATION DE CONJONCTIVITE INTERMITTENTE. — CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DES MALADIES D'ACCÈS ;

Par M. le docteur J. HEYMAN.

« Le sujet de cette observation est un homme âgé de 35 ans, qui, dans l'espace de quatre ans, fut affecté cinq fois de conjonctivite. Cette inflammation fut, chaque fois, combattue par les antiphlogistiques et les révulsifs; ce traitement, d'ailleurs très-rationnel pour combattre une ophthalmie aiguë ordinaire, n'enraya jamais la marche de la phlogose d'une manière subite, car ce n'était qu'après avoir enduré la douleur et la maladie durant six à sept semaines que l'œil revenait à son état normal. A la sixième récidive de l'ophthalmie, l'auteur fut appelé; quoique l'examen de l'œil lui fit découvrir un état inflammatoire de la conjonctive, il hésita cependant à avoir recours au traitement débilitant, à cause d'une espèce d'intermittence qu'il crut entrevoir dans la marche de l'affection. Ce doute augmenta encore quand il considéra le tempérament du sujet, la saison de l'année, le retour constant de l'ophthalmie à des époques fertiles en maladies périodiques, et le séjour assez prolongé que le patient avait fait antérieurement dans les poldres. Toutes ces considérations lui firent demander les conseils de M. le docteur De Muynck. Ce praticien familiarisé avec les maladies d'accès, en reconnut de suite le génie intermittent et conseilla de recourir sans crainte à l'administration de l'hydro-ferro-cyanate de quinine. Sous l'influence de ce moyen héroïque, l'intermittence se dessina clairement dès le troisième jour; ensuite le sulfate de quinine acheva d'enlever cette ophthalmie au bout de douze jours, c'est-à-dire qu'elle ne dura que le quart du temps des ophthalmies précédentes et sans auxiliaire d'aucun moyen local.

L'observation de M. le docteur Heyman est précédée de quelques considérations dans lesquelles il cherche à démontrer la nécessité de l'étude du climat dans le diagnostic des maladies et l'importance qu'il y a pour le médecin à bien observer le caractère des affections dans les contrées où il est appelé à pratiquer.

De cette observation il croit pouvoir conclure :

Qu'il existe souvent des maladies intermittentes là où un examen superficiel ne les découvre pas; car, si dans le cas qui précède on se fût borné à la seule inspection de l'organe affecté, sans tenir compte du commémoratif et surtout de l'échec essuyé par les traitements antécédents, infailliblement on eût pris le change et on eût considéré comme essentielle une affection qui réellement n'était que symptomatique.

Que ce qui fait méconnaître l'existence de beaucoup de fièvres larvées, c'est l'absence des stades ainsi que de l'accélération du mouvement circulatoire, sans lesquels il répugne à plusieurs médecins de concevoir une affection intermittente.

Que dans les circonstances où le génie intermittent est latent, le premier effet des préparations du quinquina est de le mettre tout à fait en évidence, et de cette manière elles réduisent le traitement à celui d'une simple quotidienne ou tierce.

Que des symptômes d'inflammation ne constituent pas une contre-indication pour l'usage de l'écorce du Pérou, mais seulement dans les cas où ces symptômes se rattachent à une fièvre intermittente et n'en constituent en quelque sorte qu'un épiphénomène, si toutefois ce langage est médical. Le traitement antiphlogistique, qui échoue constamment dans le cas en question, pourrait seulement trouver son application dans une autre période de la maladie, lorsque l'altération jusque-là fonctionnelle, se serait convertie par sa trop longue durée en lésion véritablement organique qui aurait survécu à la première affection.

Presque toutes les maladies de quelque gravité présentant des paroxysmes ou recrudescences des symptômes à des moments déterminés, il se fait souvent qu'on confond avec ces derniers les pyrexies ou accès des maladies intermittentes.

Pour éviter toute erreur, le praticien examinera attentivement :

1° Si les symptômes qu'il croit appartenir à une affection intermittente, accompagnent quelquefois les fièvres dites pernicieuses : car, en cas de l'affirmative, il aura une probabilité de plus en faveur de son diagnostic. Je m'explique : un médecin croit avoir affaire à une névralgie intermittente : il se demandera d'abord si les symptômes qu'il observe peuvent se développer

dans quelques fièvres de la nature susdite; et comme dans le cas supposé sa réponse ne peut être douteuse, son diagnostic n'en acquiert que plus de véracité.

2° Si son patient a été affecté antécédemment de fièvres intermittentes; car ces deux affections, ces fièvres intermittentes et les maladies d'accès se remplacent souvent mutuellement et affectent les mêmes constitutions.

3° Une circonstance qui facilite de beaucoup les recherches du médecin, c'est que les intervalles qui séparent les pyrexies des maladies d'accès sont toujours plus nettement tranchés que ceux qui séparent les paroxysmes des maladies aiguës.

4° Un symptôme distinctif des plus importants des affections intermittentes, c'est le sédiment briqueté des urines; il a même tant de valeur, qu'à lui seul il suffit presque toujours pour l'établissement du diagnostic.

5° Les résultats obtenus par l'administration du sulfate de quinine tranchent définitivement la question; car la spécificité de ce médicament est telle, que toute maladie se dissipant sous son influence, est invariablement jugée de nature intermittente. Dans les cas douteux, rien n'empêche d'attendre les effets d'une dose modérée de cette substance; toujours ils fixeront la conduite à tenir ultérieurement.

Toutes ces considérations, qui prouvent la parfaite identité des maladies d'accès avec les fièvres intermittentes, rendront toute erreur impossible, et empêcheront le praticien de confondre des affections de type différent et par conséquent d'instituer des traitements souvent diamétralement opposés.

Deux notes, l'une de M. De Muynck, l'autre de M. Guislain, sont annexées au mémoire dont nous venons de faire l'analyse. Elles renferment plusieurs observations de maladies périodiques intéressantes par les formes peu communes sous lesquelles l'agent intermittent se manifesta.

MÉMOIRE SUR LES AMPUTATIONS DES MEMBRES ;

Par M. le docteur HENROTAY.

Voici en résumé les principales propositions émises par l'au-

teur de ce mémoire et qu'il a cru devoir réunir pour qu'on puisse les embrasser d'un seul coup d'œil.

1° Quelque grave que soit l'état du malade, il est presque toujours impossible d'assurer *à priori* que l'amputation ne le sauvera pas.

2° Lorsqu'il existe une complication viscérale phlegmasique, il arrive souvent qu'elle reconnaît pour point de départ la lésion du membre, et si cette phlegmasie viscérale persiste après l'amputation, elle n'est du moins plus influencée d'une manière fâcheuse par l'affection du membre.

3° Lorsqu'il existe deux affections qui compromettent également les jours du malade, on aura plus de chance de guérison en enlevant une de ces deux lésions.

4° Pour les artères un peu volumineuses, la ligature offre plus de sécurité que la torsion et doit lui être préférée.

5° On doit toujours, quand on le peut, rechercher la réunion immédiate dans le but de diminuer en grande partie la surface de la plaie.

6° Nous ne pensons pas que d'anciens ulcères, qu'on regarde souvent comme des exutoires qu'il serait dangereux de supprimer tout d'un coup, soient une contre-indication à la réunion immédiate.

7° Les arrosions d'eau froide nous paraissent plus convenables lorsque les amputations ont été nécessitées par des lésions traumatiques récentes, que lorsqu'elles ont été faites pour des affections chroniques qui ont épuisé le malade.

8° La réunion immédiate doit se faire avec douceur, sans traction et en quelque sorte par le simple rapprochement des bords de la plaie. Pour remplir ce but les bandelettes agglutinatives nous paraissent préférables aux sutures.

9° La formation du moignon exige de grands soins de la part du chirurgien.

10° On doit surveiller le régime de l'amputé et ne lui accorder des aliments qu'avec la plus grande réserve.

11° Le nombre plus considérable d'amputations pratiquées à l'hôpital militaire d'Anvers que dans les autres hôpitaux militaires, dépend :

A. D'entorses négligées ;

B. De la constitution scrofuleuse d'un grand nombre de soldats ;

C. De ce que contrairement à ce qui a lieu dans quelques autres hôpitaux militaires, on ne renvoye pas dans leurs foyers des hommes qui doivent subir une opération grave.

Ici se terminent les réflexions que je voulais soumettre à la Société sur les amputations des membres. Plusieurs points n'ont été qu'effleurés et demanderaient de plus grands développements; d'autres n'ont même pas été soulevés : dans des questions aussi importantes, il est impossible de tout dire; peut-être de nouvelles opérations nous fourniront-elles l'occasion de revenir sur ce sujet. D'ailleurs, le beau mémoire de M. Phillips, de Liége, sur le traitement des plaies résultant des opérations régulières, a singulièrement rétréci le travail que nous avions projeté de faire.

Il m'eût été beaucoup plus agréable de traiter une autre question, de pouvoir citer des guérisons achetées moins chèrement que par la perte d'un membre; cependant comme il est préférable de guérir en perdant une extrémité que de ne pas guérir du tout, les observations que nous avons recueillies, offrant de très-heureux résultats, nous avons cru devoir vous les soumettre; elles nous paraissent propres à rassurer les chirurgiens sur les suites d'opérations pratiquées dans des circonstances très-défavorables.

OBSERVATION D'UNE AFFECTION SPASMODIQUE EXTRAORDINAIRE SIMULANT TOUS LES SYMPTÔMES D'UNE LUXATION COXO-FÉMORALE EN HAUT ET EN DEHORS;

Par M. le docteur KLUYSKENS, fils.

Nous croyons devoir citer en entier cette observation intéressante qui mérite à tous égards de fixer l'attention des hommes de l'art.

Léon D. M..., né à Gand, âgé de 9 ans, d'une constitution nerveuse, avait joui jusqu'à l'âge de sept ans d'une santé qui n'avait présenté aucun dérangement notable, lorsque, dans la matinée du 20 mars 1838, se livrant à des jeux avec plusieurs de

ses sœurs plus jeunes que lui, il ressentit une douleur assez vive envahir l'extrémité inférieure droite, accompagnée de tension musculaire dans la cuisse et de légère claudication. Cet enfant avait l'habitude d'enjamber deux ou trois marches de l'escalier à la fois. Cet accident en était-il la suite chez lui? on peut le supposer par ce qui lui survint quelques jours après. Ses parents effrayés consultèrent mon père et quelques jours de repos suffirent pour rétablir le jeune Léon.

Quelque temps après, ne se ressentant plus de rien, il se livrait, comme d'habitude, à ses jeux, descendait et remontait l'escalier avec une véritable étourderie d'enfant, lorsqu'une douleur beaucoup plus forte que la première dans la même extrémité ne lui permit plus de se tenir debout et il serait tombé, si la bonne d'enfants accourue à ses cris, ne l'eût soutenu. Il fut immédiatement transporté dans son lit.

Appelé presqu'aussitôt, je trouvai le malade en parfaite connaissance, sans pesanteur ni douleur à la tête. Il me dit qu'il éprouvait dans toute l'extrémité inférieure droite une tension aux régions coxo-fémorale et fémoro-tibiale et qu'il lui était impossible de soulever sa jambe. Visitant cette partie, je trouvai un raccourcissement notable du membre; la cuisse à l'état de flexion, était portée dans l'adduction et tournée en dedans ainsi que le genou et la pointe du pied; le grand trochanter rapproché de la crête iliaque; le pli de la fesse plus élevé; les mouvements d'extension, d'abduction et de rotation en dehors impossibles; les tentatives que je faisais pour les exécuter étaient très-douloureuses, et les mouvements opposés s'opéraient sans douleur. A ces divers symptômes, je me crus en droit de diagnostiquer une luxation en haut et en dehors ou sur l'ilium et je la fis remarquer aux parents.

Quoique le cas me parût assez évident, je m'empressai de me rendre aux désirs que me témoignaient les parents de m'adjoindre mon père.

Une heure après, nous nous trouvâmes auprès du petit malade qui nous dit qu'il ne ressentait plus rien, que toute la tension éprouvée quelques instants auparavant du pli de l'aine au genou avait entièrement cessé et qu'il pouvait facilement lever

et mouvoir sa jambe en tous sens. Je constatai pour ma part avec étonnement la vérité de son assertion, et je ne pouvais me rendre compte du mode au moyen duquel la nature avait opéré la réduction de cette luxation, lorsque examinant attentivement l'extrémité malade, je la vis s'allonger et produire de nouveau tous les symptômes de la luxation en haut et en dehors, sans que le malade fit aucun effort et se bougeât le moins du monde. Cette luxation s'opéra ainsi en dix minutes.

A quoi devait-on attribuer cette disposition extraordinaire à contracter cette espèce de luxation? A sa constitution nerveuse et au relâchement dans son système musculaire? Mais en admettant cette hypothèse, comment alors expliquer la facilité de la sortie de la tête du fémur de la cavité cotyloïde où elle reste fixée au moyen de ligaments si puissants, et cela sans le moindre effort, lorsque l'enfant est couché horizontalement dans son lit?

Quoi qu'il en soit, le repos le plus absolu et des frictions toniques avec le baume de Fioraventi, l'esprit-de-vin, l'éther acétique, etc., furent prescrits au malade, ainsi qu'une nourriture stimulante et du bon vin.

Le lendemain, vers neuf heures du matin, nous constatâmes que la luxation était entièrement réduite, et la bonne qui avait veillé le petit malade nous dit qu'une heure après notre départ, la veille, la jambe avait repris son état normal. L'enfant avait passé une nuit assez tranquille, et avait souvent changé de position dans son sommeil sans qu'il en eût ressenti le moindre mal. Les frictions furent continuées.

Vers trois heures de relevée de ce même jour, l'extrémité prit de rechef tous les symptômes de la luxation, qui s'opéra cette fois en moins de cinq minutes. J'en fus encore le témoin. Une heure après, l'extrémité avait repris sa position naturelle. Pendant la soirée, ces mouvements désordonnés se reproduisirent encore trois fois sans que Léon, qui, depuis le commencement de son accident, n'était plus sorti de son lit, eût fait le moindre effort occasionnel.

Soupçonnant que des vers pourraient bien déterminer ces mouvements spasmodiques extraordinaires, nous prescrivîmes

les vermifuges, qui évacuèrent le lendemain quelques ascarides, mais qui n'apportèrent aucun soulagement dans l'état convulsif de la jambe.

Les toniques furent prescrits et en même temps un caleçon de forte toile, embrassant une partie du ventre et du bassin pour s'ajuster parfaitement aux deux cuisses jusqu'à dépasser les articulations des deux genoux, fut appliqué pendant plusieurs jours sans produire le moindre résultat favorable.

Cependant l'appétit du malade se soutenait ainsi que ses forces; aucun mouvement spasmodique ne se faisait remarquer dans une autre partie de son corps si ce n'est dans cette extrémité, qui présentait dans la journée cinq à six fois la reproduction des mêmes phénomènes.

Nous observâmes néanmoins que ces symptômes se présentaient plutôt dans le courant de l'après-dîner, et que le matin Léon n'en ressentait pas aussi fréquemment les étreintes. Cette maladie pouvait-elle se présenter sous forme de fièvre et offrir des symptômes si extraordinaires revêtant les dehors d'une maladie périodique.

Dans cette alternative, nous jugeâmes convenable de lui prescrire le sulfate de quinine à doses appropriées à l'âge et à la constitution du sujet. Il en prit deux par jour en même temps que le régime fortifiant lui fut continué.

Nous en eûmes un effet surprenant pendant les dix premiers jours. L'enfant, quoiqu'encore toujours soumis au repos, se mettait sur son séant dans le lit; on le plaçait sur un canapé; il remuait facilement les extrémités, n'éprouvait plus la moindre gêne dans les mouvements, se tenait parfois debout et enfin nous donnait l'espoir fondé d'une guérison prochaine, lorsque tous les symptômes qu'on était parvenu à enrayer si difficilement, reparurent avec l'intensité du premier jour, malgré la continuation persévérante des remèdes et sans qu'aucune cause occasionnelle appréciable eût pu y donner lieu.

Mon père était absent, le jury d'examen l'avait appelé à Bruxelles. Je proposai de m'adjoindre M. le docteur Van Lokeren, membre honoraire de cette Société. Ce savant praticien put aussi constater ce cas, dont il fut frappé, comme nous l'avions été.

Guidé par les détails circonstanciés de cette affection surprenante, il envisagea cette maladie comme une affection spasmodique extraordinaire de cette partie, déterminant tous les symptômes extérieurs d'une luxation coxo-fémorale en haut et en dehors. Il insista sur la continuation des mêmes moyens et y joignit une infusion saturée de valériane.

L'enfant après quelques jours de repos fut promené, et insensiblement on lui permit de marcher. Dix jours se passèrent ainsi, et quoique le jeune Léon eût eu encore, pendant cet intervalle, plusieurs accès spasmodiques à la même partie, les forces de sustentation augmentaient journellement, et notre malade reprenait avec avidité les divers jeux dont on l'entourait. C'est alors qu'on suspendit toute médication ; mais on fut obligé, trois semaines plus tard, de lui administrer de nouveau une infusion saturée de racine de valériane avec la teinture éthérée de la même plante, pour prévenir les symptômes nerveux qui paraissaient vouloir reprendre. L'état du jeune Léon s'améliora insensiblement, et six semaines après il était assez bien rétabli, quoique ressentant encore parfois une tension douloureuse dans la jambe et y accusant une faiblesse assez grande.

A la bonne saison on conduisit cet enfant à Ostende pour y prendre les bains de mer, dont il usa pendant six semaines avec un avantage marqué. On continua à le ménager beaucoup dans la marche et on parvint ainsi, et à l'aide d'une alimentation appropriée, à le guérir radicalement de cette étonnante infirmité.

Les réflexions que m'a suggérées cette observation peuvent se réduire aux propositions suivantes sur lesquelles j'appelle toute votre attention.

Une affection spasmodique, de la nature de celle que je viens de décrire, peut-elle simuler une luxation coxo-fémorale en haut et en dehors sans que cette luxation existe ?

Comment, quand tous les symptômes de la luxation coxo-fémorale en haut et en dehors existent, cette affection peut-elle disparaître en moins de deux heures sans effort quelconque et sans laisser de traces de son existence?

Enfin, peut-on ou doit-on admettre une luxation spasmodique de ce genre? Le fait ci-dessus relaté porterait à le croire.

DEUX OBSERVATIONS DE STRABISME ;

Par M. le docteur BEYDLER.

Depuis la publication de la lettre de M. le docteur Verhaeghe dans les Annales de la Société de Sciences naturelles de Bruges (mai 1840), l'attention des médecins a été éveillée sur une opération qui jusqu'ici n'avait pour ainsi dire pas encore été pratiquée, je veux parler de la section des fibres du muscle droit interne de l'œil dans le cas de strabisme convergent. Les résultats de cette opération ont été satisfaisants et souvent beaux ; dans beaucoup de cas l'on a en effet obtenu un redressement complet et instantané de l'œil; dans d'autres il n'y a eu qu'amélioration, et à cet égard il n'y a rien d'étonnant, quand on considère qu'il n'y a pas de maladie peut-être qui ait des causes plus diverses et plus opposées les unes aux autres que cette affection. En effet, la déviation de l'axe visuel est tantôt le produit spasmodique d'un seul ou de plusieurs muscles, tantôt elle est due à une affection cérébrale primitive ou sympathique, tantôt à la présence des vers ; elle peut enfin être occasionnée par des blessures à la face, au front, par des taies de la cornée, etc. On conçoit qu'en face de tant de causes qui existent quelquefois simultanément, il est difficile d'établir un pronostic certain et que le résultat de l'opération doit en être nécessairement modifié. Voici deux faits que je ne crois pas dépourvus de tout intérêt, n'eussent-ils que celui de démontrer qu'il ne faut pas désespérer de guérir cette difformité sans opération, surtout quand la maladie est récente.

Obs. I. — Eugénie Bruggeman, âgée de 33 ans, d'une constitution lymphatique, domestique, bien réglée, entre à l'hôpital civil le 31 octobre 1838 et se présente à la clinique ophthalmique de M. le docteur Van Roosbroeck. Elle souffre depuis six semaines de trouble de la vision, de diplopie, et présente tous les phénomènes du strabisme convergent, qui paraît dépendre de la paralysie du muscle droit externe de l'œil droit, comme le traitement a semblé le prouver *à posteriori*. Interrogée sur la cause probable de cette affection, elle répond que cette infirmité

lui est survenue après avoir éprouvé longtemps des bourdonnements dans la tête, et elle ne peut donner aucun autre éclaircissement sur la cause de son affection. Avant son entrée à l'hôpital, elle avait déjà été soumise à un traitement en ville, qui paraît, au reste, s'être borné à quelques évacuations sanguines. Comme l'état de sa langue dénotait tous les signes d'un embarras gastrique, on lui administra d'abord un vomitif. Cette complication enlevée, on lui fit autour de l'œil des frictions stimulantes avec les baumes d'opodeldoch et de Fioraventi, et on lui appliqua quelques jours après un caustique derrière l'oreille droite. Cette médication n'amenant aucun résultat, on passa à l'instillation de la strychnine dans l'œil à raison d'un demi grain par jour. Quelques jours après, le 19 novembre, elle sortit en voie de guérison, peu avancée à la vérité, avec promesse de revenir. On eut alors recours à l'électricité, et à chaque séance il y eut une amélioration momentanée. Plus les mouvements devenaient faciles, plus le parallélisme des axes visuels se rétablissait. Enfin, après six séances d'électricité, dans lesquelles on dirigeait chaque fois de vingt à soixante étincelles sur l'angle externe de l'œil, la malade fut entièrement rétablie : elle avait le libre mouvement de l'œil dans toutes les directions, le strabisme avait cessé ainsi que la diplopie, et la vue était revenue à son état normal dans le courant du mois de décembre.

Obs. II. — Le nommé Pierre Wynenbroed, âgé de 30 ans, d'un tempérament nervoso-lymphatique, ouvrier de fabrique, demeurant rue du Pot-d'Étain n° 42, marié et père de famille, fut, lors des derniers troubles de la ville, arrêté, sans cause connue, au Marché du Vendredi (le 4 octobre 1839). Conduit d'abord au dépôt municipal, il fut trois jours après transféré à la maison de détention, d'où il ne fut élargi, après treize jours d'emprisonnement préventif, que sous la condition formelle de se présenter à la première sommation. Cet homme qui jusqu'alors n'avait jamais eu rien à démêler avec la justice, en proie à des inquiétudes continuelles, s'adressa à un médecin, se plaignant d'inappétence, d'insomnie, d'agitations et de palpitations. Malgré un traitement suivi avec persévérance pendant cinq semaines consécutives, ce malheureux, nuit et jour préoccupé du résultat éventuel de son

arrestation voyant qu'il n'éprouvait que peu de soulagement, était décidé à cesser toute visite médicale, quand au commencement du mois de décembre, deux mois après son élargissement, il fut excessivement étonné en se rendant le matin à son ouvrage, d'observer qu'il voyait double tous les objets qu'il fixait, et qu'en se mirant il louchait de l'œil gauche. Obligé de quitter son travail, il se rendit chez M. le docteur Van Roosbroeck, demeurant dans le voisinage de sa fabrique. Ce médecin après un examen sérieux, croyant que cette diplopie pouvait dépendre d'une cause rhumatismale, vu la saison où cet ouvrier avait été enfermé dans des cachots humides, le traita d'abord par les sudorifiques, les bains de vapeur, etc., ensuite par les vésicatoires à la tempe gauche. Voyant l'inefficacité de ces moyens et se rappelant les bons succès que l'électricité lui avait procurés, il recourut à l'emploi de ce même moyen. J'assistai à diverses séances de cette opération, dans lesquelles on lui appliqua chaque fois de cinquante à cent étincelles électriques autour de l'orbite de l'œil gauche. Ce traitement, secondé par d'autres moyens, tels que le bandage de l'œil sain conseillé plusieurs fois par jour dans la vue de fortifier les muscles et l'œil et de leur donner une force égale à celle de l'œil droit, la recommandation de porter des lunettes à facettes, etc., resta entièrement infructueux. Renvoyé au commencement du mois de mars devant le tribunal de Termonde, il y fut acquitté. A peine cette issue heureuse lui fut-elle connue que toute la préoccupation pénible et triste, qui jusqu'alors l'avait toujours poursuivi, cessa et que les rêves effrayants dont il était chaque nuit tourmenté, se dissipèrent; son appétit revint, il goûta un sommeil paisible et calme. Il remarqua en même temps que sa vue était moins trouble, que la diplopie perdait de ses effets, et que les mouvements oculaires devenaient de jour en jour plus libres, de manière que le quinzième jour de son acquittement, toute trace de strabisme avait disparu, et que le parallélisme de ses deux yeux était exactement revenu.

Le sujet de la première observation souffrait depuis six semaines de trouble de la vision, de diplopie, et présentait tous les phénomènes d'un strabisme convergent qui paraissait dépendre de la paralysie du muscle droit externe, après avoir

essayé envain divers moyens, on eut recours à l'électricité : en six séances, la malade fut entièrement rétablie.

Dans le second cas le strabisme s'était développé sous l'influence d'une impression morale triste; cette maladie après avoir résisté à tous les moyens employés, guérit spontanément dès que la cause qui la produisait eut cessé d'agir.

Ces deux observations qui ne sont pas dépourvues d'intérêt démontrent qu'il ne faut pas désespérer de guérir cette difformité sans opération, surtout quand la maladie est récente.

DE L'INFLUENCE DES MUSCLES OBLIQUES DE L'OEIL SUR LA VISION ET DE LEUR PARALYSIE ;

Par M. le docteur SZOKALSKI.

Ce mémoire a pour objet de prouver que les muscles obliques des yeux ont pour fonction de faire exécuter à ces organes un mouvement de rotation antagoniste de ceux qu'exécute la tête lorsqu'elle fait quelque mouvement oscillatoire, et il tend à rejeter l'opinion généralement admise par les anatomistes sur les usages de ces muscles. Cet ophthalmologue établit que lorsqu'on incline la tête à droite ou à gauche, les yeux étant fixés sur un objet, ces organes obéissent à l'action latérale des muscles obliques et restent immobiles par rapport à une ligne horizontale qui passerait sur les deux cornées, la tête étant debout, et que l'orbite, dans cette circonstance, tourne autour de l'œil. Pour mieux faire comprendre ce mécanisme, il le compare à celui de la boussole dont la pointe de l'aiguille se dirige toujours vers le nord quelle que soit la direction que prend le navire qui la porte. Il admet donc, lors des vacillations de la tête, deux mouvements distincts dans les organes de la vision, l'une qui a lieu dans le sens de la fosse orbitaire, l'autre qui tend à les ramener à la position horizontale, phénomène qui dépendrait de la contraction simultanée du muscle oblique supérieur d'un œil et du muscle oblique inférieur du côté opposé. Les mouvements de rotation de l'œil se font, selon M. le docteur Szokalski, autour d'un axe qui irait du milieu de la cornée au centre du nerf optique, axe qu'il ne faut pas confondre avec l'axe optique, représenté par

une ligne qui, du même point de départ, va tomber sur la tache de Soemmering.

M. Szokalski appuie ces diverses propositions sur des expériences, et termine son mémoire par la relation de deux observations de diplopie symptomatique d'une pléthore sanguine.

En se basant sur les principes qu'il a d'abord établis, il attribue la lésion de la vision dont se plaignaient les individus qui en font le sujet, à la paralysie du muscle oblique supérieur de l'œil malade. Cette paralysie qui se reproduisait périodiquement, a cédé chaque fois aux déplétions sanguines, aux purgatifs, etc.

ENCORE TROIS MOTS SUR LES FIÈVRES TYPHOIDES;

Par le docteur **H. VAN BERCHEM.**

L'auteur cherche à démontrer que les affections typhoïdes ne sont jamais des maladies primitives, mais que ce sont des affections *secondaires*, *parasites*, qui s'entent sur une infinité d'autres maladies.

Il pense que lorsque le typhus s'ente ainsi sur une autre maladie existant primitivement, cela se fait par une véritable intoxication, par un miasme délétère, qui le plus souvent exerce ses ravages épidémiquement, et dans la plupart des cas se transmet par contagion. Il croit qu'il est plus probable que le miasme s'introduit par la voie de l'absorption, et est ainsi immédiatement mêlé au sang et qu'il altère et décompose ce liquide qui, ainsi changé et décomposé, exerce son action sur tous nos organes.

Il trouve des preuves à l'appui de son opinion dans la diversité des formes que la maladie peut revêtir, dans les divers genres de traitement qu'elles exigent, dans le vague et l'incertitude des auteurs qui ont écrit sur cette affection.

L'auteur tenait à prouver que les affections typhoïdes ne sont que des affections secondaires, etc., parce que s'il en est ainsi, il en résulte indubitablement, dit-il, un bouleversement complet dans le traitement de ces maladies : car si l'on admet un début différent, en quelque sorte, pour chacune de ces affections, ou, pour mieux dire, si l'on considère chaque affection typhoïde comme la suite d'une maladie différente, il devra nécessairement en résul-

ter que le traitement devra non-seulement dans chaque cas varier à l'infini, mais devra même souvent être diamétralement opposé. Ainsi deviendrait dorénavant oiseuse toute discussion sur une méthode fixe et immuable dans le traitement des fièvres typhoïdes, tandis qu'il serait clair et évident que chaque méthode, chaque traitement, chaque médicament, pourrait enregistrer ses succès pour en enrichir le vaste domaine de la thérapeutique.

DE L'USAGE DE LA POMMADE SULFUREUSE DANS LA VARIOLE ;

Par le docteur MIDAVAINE.

Ce traitement a pour but, non de prévenir l'éruption, de l'arrêter dans sa marche ; mais d'empêcher les pustules de tomber en suppuration, et de prévenir ainsi les cicatrices qui en sont les suites ordinaires.

Il consiste dans un mélange d'un gros et demi à deux gros de fleurs de soufre, sur une once d'axonge, avec lequel on frictionne légèrement, et trois fois le jour, toutes les parties de la face et du corps recouvertes de pustules. Plus l'éruption se rapproche de son début, plus aussi il y a de chances de succès : l'on voit alors les petits boutons se resserrer, se durcir complétement au lieu de se dilater, la peau se dégonfler, et l'irritation gastro-intestinale disparaître entièrement ; il est rare, même dans les cas de variole confluente, que les malades ne recouvrent de suite l'appétit et ne demandent des aliments.

Tous les malades (ils sont au nombre de seize), que M. Midavaine a traités jusqu'ici, se sont immédiatement trouvés mieux peu de jours après l'emploi de la pommade sulfureuse, et lui ont de suite demandé de la nourriture ; aucun d'eux n'a, pour ainsi dire, conservé de trace de la variole.

RECHERCHES SUR LA VACCINE ;

Par M. le docteur DE MEUNYCK.

On peut conclure de ce mémoire :

1° Qu'on obtient avec l'ancien virus vaccinal des boutons de vaccine vigoureux et dont le développement est fréquemment

accompagné de phénomènes locaux et généraux intenses; qu'en un mot, ces boutons sont, sous tous les rapports, comparables à ceux dont Jenner et les premiers vaccinateurs nous ont transmis l'image;

2° Que quelques sujets opposent une résistance opiniâtre à l'action du virus vaccin, soit par l'influence de la constitution atmosphérique, soit par une disposition organique toute particulière; mais que, le plus souvent, le manque de développement de boutons après la vaccination reconnaît pour cause la vétusté du fluide vaccinal, la malpropreté de l'instrument dont on s'est servi, un écoulement de sang résultant de piqûres trop profondes, ou le mauvais état de la constitution des sujets et particulièrement des jeunes enfants qui ont été soumis à cette opération;

3° Qu'il y a des grands avantages, pour le succès des opérations vaccinales, à puiser dans les trois premiers jours de l'apparition des boutons, le fluide vaccin que l'on veut transmettre;

4° Que le fluide vaccin extrait de boutons au deuxième, troisième ou, au plus tard, au quatrième jour de leur éruption, est doué d'une force reproductive plus énergique que puisé à une époque plus éloignée de la vaccination, et que les boutons vaccinaux sont d'autant plus vigoureux qu'ils sont le produit d'un virus plus récent;

5° Que par suite de mauvaises vaccinations beaucoup de sujets restent exposés aux affections varioliques;

6° Que, chez les individus bien vaccinés, la revaccination varie dans ses résultats; que, le plus souvent, elle ne produit aucun effet, donnant tantôt lieu à la fausse vaccine, tantôt à une autre éruption qu'on appelle vaccinelle, mais qu'elle n'engendre pas la vraie vaccine; que ces effets s'observent aussi bien sur les sujets récemment vaccinés, c'est-à-dire vaccinés depuis un ou deux ans, que sur ceux dont la vaccination date depuis quinze, vingt et même quarante ans; que les boutons résultant de la revaccination qui se rapproche le plus de la vaccine légitime, en diffèrent par des caractères essentiels, mais surtout par l'absence de la période d'incubation; que l'effet produit ne remédie à rien et ne saurait par conséquent détruire l'aptitude à contracter la

variole, si cette aptitude existait encore après une bonne première vaccination ;

7° Que des variolés, à quelque degré qu'on les prenne, qu'ils aient eu une variole antérieure, discrète ou confluente, qu'ils aient été attaqués de cette maladie depuis vingt-cinq, trente ou quarante ans, ou seulement depuis peu d'années, peuvent être impressionnés par le fluide vaccinal de la même manière que les sujets que l'on soumet à la revaccination, et que chez eux l'apparition de la vaccinelle n'indique pas plus une nouvelle susceptibilité varioleuse qu'elle n'est chez les vaccinés la preuve de l'extinction de l'effet préservatif de la vaccine et du retour à l'aptitude à la petite vérole;

8° Que les individus revaccinés avec le plus de succès, c'est-à-dire ceux chez qui la revaccination a produit la vaccinelle, ne sont pas plus à l'abri de l'espèce de variole connue sous le nom de varioloïde, que ceux qui ne sont protégés que par une première vaccine ou une variole antérieure;

9° Que la variété de petite vérole, qui se déclare chez quelques vaccinés et qui attaque aussi les sujets qui déjà ont eu la variole, est une maladie si bénigne et d'une physionomie si étrange, qu'on a dû lui assigner une dénomination particulière, celle de varioloïde; que cette affection varioliforme n'est pas une preuve de la durée limitée de la vaccine ou de la dégénérescence du vaccin, puisqu'elle paraît chez des sujets tout nouvellement vaccinés ou variolés, et que, peu d'années après son admirable découverte, Jenner lui-même en avait constaté plusieurs cas;

10° Que les cas de variole ou plutôt de varioloïde après la vaccine, sont, tout au plus, dans la proportion de 1 pour 10;

11° Que rien n'est plus rare que le cowpox; mais qu'il existe une éruption aux pis des vaches que les laitières de ce pays désignent sous le nom de *poquettes* et qu'elles croient contenir le vaccin primitif, mais que le fluide de ces pustules porté sur l'homme ne donne aucun résultat et reste même complétement inerte;

12° Qu'il ne paraît pas facile de renouveler le vaccin en l'inoculant à la vache;

13° Qu'on est autorisé, par les relevés statistiques et par

l'observation incessante des faits, à déclarer que la puissance anti-variolique de la vaccine est absolue, de même que la variole est une garantie contre toute atteinte ultérieure, et que ces assertions ne sauraient être détruites par les cas infiniment rares d'éruption varioliforme observés chez quelques vaccinés et variolés placés dans des conditions exceptionnelles; que par conséquent, les résultats de la vaccine sont tellement satisfaisants qu'aujourd'hui, comme il y a quarante ans, cette méthode mérite toute la confiance des familles, comme étant l'unique et l'infaillible préservatif contre l'horrible fléau des affections varioliques.

CHUTE COMPLÈTE DE LA MATRICE AVEC RENVERSEMENT TOTAL DU VAGIN, RÉDUITE SEIZE ANS APRÈS L'ACCIDENT ET MAINTENUE EN PLACE AU MOYEN DE L'ÉPONGE ET D'UN PESSAIRE A CUVETTE;

Par M. le docteur F. DURANT.

L'auteur pense que le prolapsus a eu pour cause prochaine chez le sujet de cette observation, le relâchement de la muqueuse vaginale, et qu'il a été déterminé par un accouchement laborieux qui a nécessité l'usage du forceps.

Il manifeste le désir que cette incommodité si commune, et si pénible, ne soit point abandonnée à l'ignorance d'une sage-femme, et que le praticien ne se dégoûte point du traitement palliatif par les pessaires, qui, quoique long et exigeant beaucoup de patience de la part du chirurgien et de la malade, procure quelquefois des cures que l'on peut envisager comme radicales, pourvu que l'on mette de l'intelligence dans le bon choix du pessaire.

Le premier pessaire dont l'auteur a fait choix pour remplir l'indication de soutenir la matrice, n'avait, dit-il, d'autre but que celui d'habituer au contact de ce corps étranger des parties encore trop engorgées pour en recevoir un autre plus volumineux et mieux approprié. Il a donc bientôt substitué à ce dernier un pessaire à cuvette d'un diamètre transversal suffisant pour aller toucher aux tubérosités de l'ischion, la partie inférieure du vagin et le périnée n'offrant aucun point d'appui.

RECHERCHES SUR L'OSTÉO-MYÉLITE CERVICALE ;

Par le docteur M. SCHOENFELD.

L'idée principale émise par l'auteur de ce mémoire est que beaucoup d'affections pectorales peuvent avoir leur siége primordial dans la partie cervicale du rachis. Selon lui les maladies de la portion supérieure de la colonne vertébrale influent fréquemment sur les fonctions des organes de la respiration et y déterminent des dérangements graves simulant une inflammation du larynx, une phthisie laryngée, constituant des toux avec ou sans expectoration, des difficultés de respirer, une respiration anhéleuse, produisant en d'autres occasions un état spasmodique des organes pectoraux, l'asthme, même tout le cortége des phénomènes morbides qui feraient croire à l'existence de la phthisie pulmonaire.

L'auteur rapporte dix-sept observations à l'appui de ces assertions ; deux lui sont propres, les autres sont empruntées à des auteurs : trois autres sont relatives à des états morbides de l'axe vertébral, dégagés de tout phénomène pathologique des voies aériennes. Au nombre des phénomènes consignés dans l'exposition de ces faits, on rencontre le plus souvent une douleur aux vertèbres cervicales, s'exaltant par la pression des doigts et comme résultat morbide des désordres graves et variés qui se font découvrir à l'ouverture cadavérique et parmi lesquels figure en première ligne l'altération de la contexture des vertèbres cervicales, accompagnée de la formation de trajets fistuleux, de sacs purulents, etc.

C'est cet état morbide que l'auteur désigne sous le nom d'*ostéo-myélite cervicale.*

Dans plusieurs endroits de son travail l'auteur fait entrevoir l'obscurité qui environne le diagnostic de cette affection; il s'étend assez longuement sur le traitement qu'il convient de lui opposer.

GUY'S HOSPITAL REPORTS.

DU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE COMMENÇANTE ;

Par le docteur M. HUGHES.

Si nous en croyons l'auteur de ce mémoire, le plus grand obstacle à la guérison de la phthisie commençante serait la difficulté de constater son existence, difficulté qui aurait été considérablement diminuée depuis quelques années par ses recherches et celles de quelques autres auteurs récents. Sans examiner jusqu'à quel point ces deux assertions sont exactes, nous nous bornerons à faire connaître le moyen qu'il propose contre les tubercules, et qui lui a été suggéré par la lecture du traité de sir James Clarck sur la consomption et par le résultat des recherches du docteur Carswell sur le siége principal des tubercules, après avoir indiqué en quelques mots la manière dont il considère la phthisie. Cette maladie est, d'après M. Hughes, une affection constitutionnelle héréditaire ou acquise, pendant laquelle une matière organisable est éliminée du sang à l'état fluide, en même temps que les autres sécrétions. Cette matière, devenue solide par l'absorption de ses éléments liquides, est expulsée de l'économie, ou, au contraire, s'y accumule en masse plus ou moins considérable, suivant la disposition des parties sur lesquelles elle a été déposée. Voici maintenant les principaux moyens qu'il a employés, et les différents modes sous lesquels ils ont été combinés dans les différentes formes de la maladie.

Émétiques. Depuis longtemps ces moyens ont été recommandés comme propres à diminuer les symptômes de la phthisie et même à la guérir complétement. Employés surtout dans ces derniers temps pour faciliter l'écoulement hors des tubes bronchiques et des cavernes tuberculeuses de la matière purulente, ils ne l'ont été que dans des périodes déjà avancées de la maladie, et il est probable que la plupart des cas de guérison qu'on leur a attribués n'étaient pas des cas de phthisie, mais des bronchites chroniques. D'après les avantages que l'auteur en avait retirés dans quelques cas non douteux, bien que, dans d'autres, l'affaiblissement qu'ils déterminent eût paru produire un mauvais effet, il pensa qu'en les employant à une époque peu avancée de la tuberculisation, il courrait les chances d'expulser au moins une partie du dépôt tuberculeux, d'empêcher son accroissement, et, sinon d'enlever la cause première de la maladie, au moins de retarder notablement ses progrès. Il a donc prescrit les émétiques dans tous les cas où leur usage lui paraissait indiqué, et il l'a fait chez un grand nombre de malades, tant de l'hôpital que du dehors, au nombre de 120 à 130, qui offraient les signes de la phthisie à son début. Les émétiques auxquels il a eu recours ont été de différente espèce et dans des

préparations variées ; son plan était d'obtenir d'abord une fois ou deux un vomissement abondant, mais de manière à éviter autant que possible tous les efforts et toutes les causes d'épuisement. Dans ce but, il commençait par administrer 5 grains de sulfate de cuivre, avec 5 grains d'ipécacuanha. Mais il renonça bientôt à cette combinaison, à cause de nausées continuelles qu'elle déterminait, et il la remplaça par 6 ou 8 grains de sulfate, ou 10 ou 12 d'ipécacuanha, suivant la force et la susceptibilité des sujets ; il essaya ensuite le sulfate de zinc à la dose de 10 à 12 grains. Il n'a point employé les préparations d'antimoine, à cause de leur tendance à amener la débilitation, et à produire de l'irritation sur les intestins, si elles ne sont pas rejetées entièrement. Le résultat des nombreuses expériences qu'il a faites sur ce point est que le médicament qui a le mieux réussi et a produit le moins d'accidents chez une personne, ne produira pas nécessairement les mêmes effets chez une autre. Cependant, après tout, il donne la préférence au sulfate de zinc ou à l'ipécacuanha seule, et à la dose de 10 à 12 grains, ou à une combinaison de 6 grains d'ipécacuanha, avec 2 grains de sulfate de cuivre. A dose moins élevée, l'effet émétique manquait souvent. Il faisait prendre le vomitif dans quelques onces d'eau tiède, une heure avant le déjeûner, ou tous les matins, ou seulement tous les deux, trois ou quatre jours, suivant la force du malade, ou le caractère de sa maladie ; leur effet uniforme a été, à l'exception d'un seul cas, de procurer un soulagement considérable, et même, dans des cas assez nombreux, de faire disparaître entièrement la toux. Généralement les malades accusaient moins de toux les jours où ils avaient pris l'émétique dans la matinée ; chez d'autres, on n'observait rien de semblable, mais la toux allait en diminuant graduellement. Au reste, la diminution de la toux était loin d'être le seul avantage que ces malades retirassent du traitement ; le soulagement qu'il amenait dans la dyspnée, dans l'oppression et dans la pesanteur dont se plaignaient les malades à l'épigastre, était souvent surprenant. L'appétit s'améliorait, et tout le système prenait une nouvelle force.

L'effet des émétiques sur les matières expectorées est très-marqué, mais extrêmement varié. Dans quelques cas où elles étaient très-abondantes, elles ont été diminuées de quantité, ou même arrêtées tout à fait ; quelques malades accusaient une expectoration beaucoup plus facile, tandis que d'autres, dont la toux avait toujours été sèche, étaient soulagés par l'apparition des crachats. Quelques malades cependant se plaignaient pendant le restant de la journée de la continuation du sentiment de faiblesse et d'anéantissement produit par les émétiques, ainsi que des nausées ; et pourtant l'auteur assure que, même chez ces sujets, il n'a vu dans aucun cas cette médication déterminer des effets réellement fâcheux ; il est vrai que M. Hughes n'ad-

ministra pas les émétiques dans tous les cas indifféremment, même de phthisie commençante. Voici les règles qu'il suivait dans le choix de ces cas : la plus importante et la plus générale de ces règles, c'est que moins la maladie est avancée, plus elle a un caractère chronique, plus l'effet des émétiques est avantageux. Il affirme que dans beaucoup de cas de phthisie commençante, cette médication, combinée avec les moyens qu'il indique ensuite, a certainement arrêté et paraît avoir même fait disparaître complétement la maladie, et que dans un certain nombre de vieilles maladies chroniques, accompagnées de matité évidente, au-dessous d'une ou deux clavicules, mais sans signe évident de cavernes ou de tubercules ramollis, il a obtenu les résultats les plus heureux de leur emploi. Dans la phthisie aiguë ou fébrile, au contraire, les émétiques n'ont produit aucun bon effet permanent. Il en a été de même dans les cas où la faiblesse était très-prononcée, où il y avait des sueurs abondantes, une fièvre hectique, ou les symptômes du ramollissement des tubercules, bien que dans quelques cas cependant il y eût eu, sous leur influence, une amélioration évidente, mais temporaire. « Après tout, dit-il, les émétiques sont les moyens les plus éminemment efficaces que j'aie employés ou vu employer dans le traitement de la phthisie commençante, et, combinés avec les autres moyens, ils me paraissent pouvoir donner l'espoir de guérir, ou au moins de suspendre entièrement la maladie. »

Évacuations sanguines. — D'après la théorie que l'auteur admet par la formation des tubercules, on conçoit qu'il doit rarement employer la saignée, qui a été tant vantée par Mouton et d'autres écrivains, et dont on a tant abusé encore dans ces dernières années. Il ne conseille la saignée, même dans la phthisie commençante, que lorsqu'il y a une complication, soit d'une pneumonie, d'une hémoptysie ou d'une bronchite. Dans ces cas, une évacuation sanguine de trois ou quatre onces, répétée, s'il en est besoin, par les ventouses ou les sangsues, procure au malade un soulagement prononcé, et diminue considérablement l'oppression et le déchirement produits par la toux. Dans les cas de phthisie simple et chronique, il proscrit la saignée, et cherche à la remplacer par d'autres moyens.

Contre-irritants. — L'auteur a employé avec succès, dans les cas aigus et compliqués de bronchites, la saignée locale et les petits vésicatoires appliqués au-dessous des clavicules, et, dans les cas plus chroniques, la pommade de tartre émétique; enfin, chez les sujets délicats, il ordonnait le liniment du docteur Stoke, préparé avec l'acide acétique et l'essence de térébenthine. Il ne peut assez se louer des effets qu'il en a retirés, et qu'il met beaucoup au-dessus de ceux obtenus de tous les autres contre-irritants, et même qu'il dit avoir beaucoup de peine à expliquer par la seule contre-irritation.

Antimoniaux. — Comme les deux médications précédentes, les

antimoniaux n'ont été employés par l'auteur que dans les cas de complication inflammatoire. Alors 1/8 ou 1/6 de grain de tartrate d'antimoine, avec ou sans quelques grains d'extrait de cigue, est administré avec avantage. Tant que durent les symptômes inflammatoires, il dit avoir employé avec succès l'oxysulfure d'antimoine à la dose de deux à quatre décigrammes trois fois par jour, dans une classe de cas tout à fait différents, et dans lesquels la toux est accompagnée, et semble même dépendre de la sécheresse et d'une irritabilité de la muqueuse bronchique. Dans un certain nombre de ces cas, on voit survenir, sous l'influence de ce moyen, un soulagement manifeste, en même temps qu'une sécrétion muqueuse s'établit dans les bronches.

Iode. — L'auteur a une grande confiance dans l'iode opposé à la phthisie, d'après ses effets bien connus sur les affections scrofuleuses : il l'administre à la dose de un ou deux centigrammes, avec un ou deux décigrammes d'iodure de potassium, et de un à trois grammes de sirop de pavot dans de l'eau simple, ou plus ordinairement une infusion de columbo. L'action de ce médicament est lente, et l'auteur assure avoir eu rarement l'occasion de constater, par la disparition complète des signes physiques, l'absorption des tubercules, parce que la plupart des malades cessent de se présenter au dispensaire aussitôt qu'ils peuvent reprendre leurs occupations ; mais il n'en insiste pas moins sur les heureux effets qu'il attribue à ce moyen dans le traitement de la phthisie commençante.

Sédatifs. — L'auteur a rarement employé cette médication. L'acide hydrocyanique, l'extrait de cigue et de jusquiame, et le muriate de morphine sont les seules dont il ait fait usage, et encore sous l'influence de quelque indication spéciale, et non point contre la maladie elle-même.

Toniques. — Cette médication convient dans presque tous les cas que M. Hughes soumet à un traitement régulier. Nous avons déjà dit que la phthisie aiguë et fébrile lui paraissait tout à fait au-dessus des ressources de l'art, dans l'état actuel de la science. Les préparations ferrugineuses, le sulfate de quinine, un régime convenable, l'exercice modéré en plein air, le séjour dans une campagne dont l'air soit sec et chaud, et l'exposition continuelle à son influence restaurante, sont les toniques sur lesquels il insiste le plus ici.

Ces différentes médications ne doivent pas être employées indifféremment dans tous les cas; aussi l'auteur distingue-t-il trois formes différentes dans la phthisie, et dans lesquelles ces moyens devront être groupés et administrés de manières différentes. Nous allons chercher à rendre ici brièvement ses idées sur un point d'une aussi grande importance et d'une si fréquente application.

Forme bronchique. — Elle existe chez les personnes qui, soit par

hérédité, soit par accident, offrent des prédispositions à la phthisie, mais qui, à l'exception d'une grande susceptibilité à contracter des catarrhes, et des signes plus ou moins nombreux qui annoncent une disposition à la cachexie tuberculeuse, n'ont cependant offert encore aucun des symptômes positifs de la phthisie pulmonaire. Dans les cas où il y a une toux opiniâtre, des crachats, des spasmes, de la dyspnée et une légère excitation fébrile, quelques sangsues ou quelques ventouses appliquées au-dessus des clavicules, l'administration à l'intérieur d'un centigramme ou environ de tartrate d'antimoine, combiné quelquefois à 10 ou 15 centigrammes d'extrait de ciguë, et de temps en temps un purgatif salin, sont les premiers moyens que réclament les symptômes inflammatoires locaux. Si, au bout de huit jours, ces derniers n'ont pas disparu, ou au moins éprouvé un amendement notable, on recommence le même traitement, en remplacant les saignées locales par de petits vésicatoires. Quand les symptômes de bronchite ont disparu, comme cela a lieu ordinairement au bout de quelques jours, sous l'influence de ce traitement, et qu'il ne reste plus qu'une toux dure ou sèche, avec une inspiration bruyante ou un accroissement dans la durée et l'intensité des bruits de l'expiration, avec quelque légère modification de la voix, alors on emploie avec le plus grand succès les vomitifs tous les deux jours, les préparations d'iode et le liniment d'acide acétique et de térébenthine. Après que ce traitement a été continué pendant quelques semaines, le malade ne conserve ordinairement des symptômes généraux de sa maladie que la pâleur de la face et une légère accélération du pouls, et c'est alors qu'on doit lui recommander les toniques, l'air de la campagne et un régime nourrissant, et, quand il peut remplir ces indications, il éprouve bientôt une grande amélioration dans l'état général de sa santé et reprend des chairs et des couleurs, et quelquefois il ne conserve de tous les signes physiques des dépôts tuberculeux, qu'une certaine dureté des bruits respiratoires.

Forme hémoptoïque. — Dans le cas où les hémoptysies sont ou fréquentes ou imminentes, M. Hughes commence par combattre les accidents hémorrhagiques par les astringents, et n'ordonne les vomitifs que tous les quatre ou cinq jours, ou même ne les ordonne pas tant que durent les accidents. Mais dans aucun cas il ne les a vu exciter ou reproduire l'hémorrhagie.

Forme chronique simple. — L'auteur désigne sous ce titre les phthisies qui ne sont compliquées ni de bronchite ni d'hémophthisie, et qui ne marchent et ne se développent qu'avec lenteur. Dans cette forme, il prescrit les vomitifs tous les matins, et les a souvent fait continuer pendant trois à quatre semaines. Leur effet sur la toux a été vraiment prodigieux, et leur influence sur les autres symptômes, bien que moins évidente, a cependant été très-avantageuse. Des ma-

lades, qui toussaient depuis des semaines, ou des mois, avaient entièrement cessé de tousser au bout de huit jours; leur appétit avait considérablement augmenté, et ceux, en petit nombre, qui demandaient qu'on en suspendît l'usage, à cause des effets désagréables qu'ils déterminent pendant quelques heures reconnaissaient tous les avantages qu'ils en avaient retirés. Aux vomitifs, fréquemment répétés, l'auteur joignait en même temps, dans ces cas, l'iode et les applications de pommade de tartre-émétique sur la région sous-claviculaire; puis, quand la toux avait tout à fait cessé, il conseillait des toniques plus énergiques, tels que l'iodure ou le sulfate de fer, un régime nourrissant et l'air de la campagne.

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES PROPRIÉTÉS CONTAGIEUSES DE LA PNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DE L'ESPÈCE BOVINE.

Par S. VERHEYEN, inspecteur vétérinaire de l'armée.

La pneumonie épizootique qui, depuis quelques années, a exercé des ravages considérables dans notre pays, paraît être une maladie qui n'y a pas toujours existé, soit qu'elle ait passé inaperçue, soit faute de documents authentiques, les premiers renseignements, un peu précis que nous possédons, ne datent que de 1827. A cette époque, elle fut observée dans les communes de Hakendoorn, Neerlinter, Oplinter et Wommersom; en 1828 et 1829, elle se montra à Eykevliet, Muysen, Duffel, Tirlemont, Oirbeek et Diest; depuis, elle a envahi les Flandres, et jusqu'à ce jour, elle a fait de fréquentes apparitions dans diverses contrées de la Belgique.

Il n'est guère probable que la pneumonie épizootique fût restée inconnue, si elle s'était déclarée; car on la considère, à juste titre, après le typhus contagieux, comme le fléau le plus redoutable de l'espèce bovine. Elle n'est donc pas assez insigni-

fiante, pour ne pas avoir attiré l'attention de quelques observateurs, et rentrer, de même que d'autres épizooties graves, dans le domaine de l'histoire.

Suivant les rapports officiels, elle fut observée pour la première fois en Hollande en 1833 (1). Les ravages qu'elle y fit furent tels que l'exportation du bétail a été et est encore prohibée. En Allemagne et en Suisse, elle est connue depuis longtemps; dans presque tous les ouvrages de pathologie vétérinaire publiés dans ces pays, cette maladie est traitée avec l'étendue et le soin que son importance réclame.

En 1789, 1791 et 1794, Huzard fut chargé de combattre à Paris et dans les environs, une maladie qu'il appelle la *péripneumonie chronique,* elle paraît être la même affection qui nous occupe; il ne la considère pas comme contagieuse (2).

Chabert, cité par plusieurs auteurs, décrit sous le nom de *péripneumonie gangréneuse,* une maladie qui règne presque toujours épizootiquement parmi les bêtes à cornes; il la dit contagieuse, elle est cependant essentiellement distincte de la pneumonie épizootique, avec laquelle on la confond (3).

En lisant les mémoires originaux et un grand nombre d'observations qui ont été faites sur les maladies thoraciques du gros bétail, on rencontre beaucoup de confusion et de graves erreurs. La pneumonie, qualifiée tantôt de gangréneuse, tantôt d'épizootique, traitée par quelques vétérinaires qui la considéraient comme contagieuse, n'a pas résisté à une médication fort simple; d'autres, confondant la pneumonie ordinaire avec la pneumonie gangréneuse, ne lui reconnaissaient aucun pouvoir contagieux. Des autopsies mal décrites, des expressions vagues pour désigner les altérations pathologiques, ont eu de nouvelles erreurs pour résultat. Quelle induction peut-on tirer de ces termes généraux, des *poumons fortement enflammés*, des *poumons décomposés; sphacelés, suppurés, pourris, ramollis, de couleur noire?* Quoique

(1) Veeartsenykundig magazyn, door d^r A. Numan, derde deel. Groningen, 1837.

(2) Instructions et observations sur les maladies des animaux domestiques, 3e édit., tome V, Paris, 1813.

(3) Instructions et observations, etc., tome IV.

l'étude des maladies de poitrine soit perfectionnée de nos jours, ne peut-on pas attribuer, en partie, au manque de connaissance anatomico-pathologiques, les dissidences qui ont régné et qui règnent encore à l'égard de la contagion ou de la non contagion de la pneumonie épizootique.

Les opinions des vétérinaires sur la nature contagieuse de la pneumonie épizootique, sont extrêmement partagées; quelques-unes sont diamétralement opposées. Il y en a qui nient la contagion, d'autres l'adoptent d'une manière absolue ou conditionnelle. Le plus grand nombre est d'avis qu'elle doit son origine à des causes hygiéniques, que, pendant le cours de la maladie, il se développe un principe miasmatique qui, sinon toujours, est capable, dans plusieurs circonstances, de déterminer, sous l'influence d'une prédisposition spéciale, la même affection chez les animaux de la même espèce. Ils considèrent donc la pneumonie comme une maladie contagieuse consécutive.

Un petit nombre, à la tête desquels nous devons placer le docteur Sauter (1), regardent la pneumonie comme essentiellement contagieuse. Celui-ci se fondant sur sa longue expérience et ses recherches, professe l'opinion que cette maladie, dans le duché de Bade, ne se déclare pas spontanément, mais que chaque fois qu'elle s'y est manifestée depuis cinquante ou peut-être cent ans, elle y a été introduite et répandue par voie de contagion.

Les non-contagionistes prétendent que dans aucune circonstance, la pneumonie épizootique ne se transmet d'un animal à l'autre, qu'elle est produite pour des causes générales qui agissent en même temps ou successivement sur plusieurs individus.

En présence d'opinions aussi dissidentes, on ne peut se contenter de mots ou de raisonnements; des faits bien circonstanciés, irrécusables, sont seuls capables d'entraîner la conviction. Cette question mérite d'autant plus d'être approfondie, qu'il est de la plus haute importance de se fixer à son égard. Dominé par l'idée exclusive de la contagion, on commettrait une erreur funeste, si l'on négligeait la recherche des causes capables de faire naître

(1) Dr Sauter. Die Lungenseuche des Rindviehes, ihr wesen, und die beweise zu ihrer gaenzlichen verbannung aus unseren ganen. Winterthur. 1835.

et d'entretenir l'épizootie, tandis que les mesures de police que les autorités doivent mettre à exécution pour empêcher la propagation du mal, sont plus ou moins oppressives, et mettent toujours des entraves à la libre circulation et au commerce du bétail.

Les expériences de Sick, de Tscheulin, de Dieterichs, de Wunsch, ainsi que celles faites en Hanovre, tendant à inoculer la maladie à des individus sains, avec le mucus qui découle des naseaux, n'eurent, dit le docteur Franque, grand partisan de la contagion, aucun résultat. On a encore mis des animaux sains en contact avec des malades, de manière qu'ils se flairaient, se léchaient, mangeaient les aliments imprégnés de salive, tout en conservant leur état de santé (1). Soit que les inoculations aient été pratiquées avec peu de soin, soit que les suites eussent été mal observées, elles n'avaient donné que des résultats négatifs. Le docteur Vix (2) ayant repris ces expériences, a prouvé que la pneumonie peut être provoquée par inoculation. Il introduisit un morceau encore chaud d'un poumon malade, sous la peau du fanon d'un taureau, comme si l'on plaçait un séton; une semblable portion de poumon macérée pendant dix minutes dans l'eau froide, puis exprimée, fut mise à la même région chez une vache. Ces deux bêtes devinrent malades, la vache mourut le 15e et le taureau le 18e jour après l'inoculation. A l'ouverture des cadavres, on trouva tous les désordres qu'entraîne la pneumonie épizootique : épanchement, augmentation de volume, hépatisation des poumons; ces organes étaient parsemés de stries et de quelques points plus foncés, tant à leur surface que dans leur épaisseur. Le signe caractéristique qui distingue la pneumonie épizootique de toutes les autres phlegmasies de ces viscères, l'état marbré, existait à la dernière évidence. Le parenchyme n'était pas aussi compact qu'on le rencontre ordinairement dans cette maladie, il y avait aussi absence de la matière jaunâtre plastique que l'on voit généralement à sa surface.

(1) Voir le mémoire du docteur Franque, dans le 3e cahier de ce journal, page 388.

(2) Zeitschrift für die gesammte Thierheilkunde und Viehzucht, von Nebel und Vix. Giessen, 1834.

Quoique les inoculations aient toujours une grande valeur, elles n'ont pu convaincre les partisans de la non-contagion ; ils continuent d'attaquer les mesures de police qu'ils regardent comme une vexation inutile. C'est ce qui a engagé le professeur Hertwig, de Berlin, à publier quelques observations qui confirment pleinement les expériences de Vix (1).

Dans la métairie du comte de Hardenberg, à Lichtenberg, il existait en 1827, un troupeau de 80 vaches, 2 taureaux et environ 10 têtes de jeune bétail. Pendant les deux années précédentes, ces animaux avaient joui d'une santé parfaite, aucun n'avait jamais toussé. Ils étaient logés dans des étables spacieuses et bien aérées; durant les mois d'été, ils se rendaient, le jour seulement, dans des pâturages élevés, naturels ou artificiels; matin et soir, on leur distribuait régulièrement une ration de trèfles, d'herbe ou de foin. En hiver, au printemps et en automne, on les nourrissait avec le résidu des distilleries, auquel on ajoutait du fourrage sec. Les autres soins hygiéniques leur étaient convenablement administrés, sous la direction d'un intendant.

Dans les derniers jours du mois de février 1827, 6 vaches et un taureau jouissant en apparence d'une bonne santé, furent achetés à un marchand étranger et introduit dans l'étable. Le taureau et deux vaches ne tardèrent pas à présenter successivement les symptômes de la pneumonie; le premier se rétablit, les deux dernières succombèrent. Au commencement d'avril, deux anciennes vaches placées à côté des deux mentionnées, devinrent pneumoniques et moururent du 6e au 10e jour. Depuis cette époque, les cas se multiplièrent au point que vers la fin de juillet, 47 vaches avaient été atteintes, et que 33 avaient péri. L'intendant se basant sur l'opinion de quelques vétérinaires, ne voulut pas considérer la maladie comme contagieuse; aucune séparation n'eut lieu entre les animaux sains et les malades, pendant les quatorze premières semaines. Lorsque celle-ci eut été opérée, la pneumonie ne fit plus de progrès ultérieurs.

(1) Magazin für die gesammte Thierheilkunde von Dr Gurlt und Dr Hertwig, 6e jahr. Berlin, 1840.

Le docteur Hertwig ayant trois vaches à sa disposition, résolut de les placer au centre du foyer de l'épizootie.

Une vache pie-baie, âgée de 6 ans, achetée dans une contrée saine, au commencement d'avril 1827, fut tenue en observation jusqu'au 29 mai. Elle donna pendant cet espace de temps, tous les signes extérieurs d'une parfaite santé. On la conduisit à Lichtenberg (1/2 lieue de Berlin), par un temps beau, sec et tranquille. Elle y fut placée dans une étable spacieuse, entre deux bêtes malades, chez lesquelles, la pneumonie bien développée, existait depuis 1 à 4 jours; on l'attacha de manière qu'elle inspirât en partie l'air expiré par ses voisines. On frotta sur la muqueuse nasale du mucus découlant des naseaux d'une vache très-malade, et sur la langue, de la salive de la même vache. Du sang extrait de la jugulaire fut inoculé à la surface gauche de l'encolure. Le sujet de l'expérience ne recevait d'autres aliments que ceux refusés par ses voisines, et qu'elles avaient préalablement souillés de leur haleine et de leur salive.

Le 1er juin, une des deux vaches malades succomba, son cadavre ne fut enlevé que 12 heures après la mort. Il fut immédiatement remplacé par une autre vache fortement attaquée. Jusqu'au 1er juillet, on ne remarqua rien d'extraordinaire, l'appétit ainsi que la rumination étaient réguliers, il y avait 48 pulsations et 12 inspirations par minute, la bête ne toussait pas, et donnait environ huit mesures de lait.

Le 8 juillet, il se manifesta à la région de l'encolure où le sang avait été inoculé, une tumeur dure, chaude, adhérente à la peau et aux muscles sous-jacents, envahissant la partie inférieure du cou, et portant à son centre la cicatrice de l'inoculation. Jusqu'au 11 juillet, la tumeur prit un développement plus considérable, sans qu'il y eut réaction fébrile.

Le 12, inappétence, tristesse, abattement, poil piqué, frissons, toux rare, 50 pulsations par minute, respiration difficile et accélérée.

Même état les jours suivants; mort le 19 juillet.

Autopsie. La tumeur de l'encolure descendait depuis le point d'inoculation jusques sous l'omoplate; la peau ayant été enlevée, les muscles se présentèrent plus pâles, excepté ceux dans les-

quels la tuméfaction avait son siége. Leur couleur était plus foncée, et, tant à leur surface que dans leur profondeur, ils étaient pourvus d'une matière plastique qui enveloppait toutes les fibres, et qui rendait leur texture à peine reconnaissable. Toute cette masse était indurée, et offrait une grande résistance à l'instrument tranchant; elle présentait cet aspect marbré qu'offrent les poumons à la suite de la pneumonie épizootique.

Rien de remarquable dans la cavité abdominale.

La plèvre était d'un rouge foncé et recouverte d'une couche épaisse de matière plastique. Un quart de l'extrémité antérieure du lobe pulmonaire gauche présentait une masse dure et compacte, très-pesante, marbrée tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Le restant des poumons était à peu près dans l'état normal; leur surface cependant était abondamment tapissée de lymphe plastique; il en était de même du médiastin, du cardia et du diaphragme.

Une seconde vache, âgée de 4 ans, fut placée depuis le 1er juin jusqu'au 30 août dans les mêmes conditions que la précédente, sauf l'inoculation qui n'eut pas lieu. A cette date, elle présentait tous les signes de la pneumonie. Soumise à un traitement, elle se rétablit. La convalescence fut longue, l'amaigrissement considérable, mais, sous l'influence d'une bonne alimentation, elle acquit de l'embonpoint, et fut vendue le 29 novembre à un boucher. A l'ouverture, on trouva dans le poumon gauche, une induration d'environ 4 pouces de diamètre, enveloppée d'une membrane coriace qui, incisée, laissa échapper environ trois cuillerées d'une sérosité roussâtre que l'on rencontre ordinairement dans la pneumonie.

La troisième bête soumise à l'expérience, fut une vache âgée de 5 ans. Elle contracta la maladie, fut traitée et guérie, mais on ne parvint pas à l'engraisser. Livrée à la boucherie, on la tua le lendemain; la moitié du lobe pulmonaire gauche était indurée et marbrée.

La pneumonie ne porta aucune atteinte à la santé d'une quatrième vache exposée à la contagion comme les précédentes.

Le vétérinaire Hermann (1) a aussi communiqué un exemple

(1) Archiv. für thierheilkunde von der gesellschaft schrveizerischen thieraertze. Bern, 1833.

remarquable en faveur de la contagion. Un bœuf pneumonique tomba mort pendant qu'on le conduisait à l'abreuvoir commun; les autres bêtes à cornes, en passant près du cadavre, le flairèrent. Après six ou huit semaines, douze furent atteintes de la pneumonie qui, dès ce moment, commença à s'étendre, et envahit toute la contrée.

Suivant le docteur Sauter, le principe contagieux de la pneumonie épizootique possède les propriétés suivantes :

1° Il est fixe, et ne se transmet pas par la voie de l'atmosphère.

2° Il est contenu dans le mucus sécrété par les bronches, et c'est seulement cette matière qui paraît posséder le pouvoir de transmettre la maladie. Tous les autres solides ainsi que les humeurs ne possèdent pas cette faculté.

3° Le principe contagieux est intimement uni au mucus des bronches, il ne s'en sépare pas facilement; il conserve pendant assez longtemps ses propriétés; lors même que le mucus se dessèche et adhère à des corps étrangers.

4° Il paraît que la matière contagieuse n'a d'effet que lorsqu'elle est inspirée, et qu'elle vient immédiatement en contact avec le tissu pulmonaire.

5° Les premières traces de son action se manifestent dans les dernières divisions des bronches, et y déterminent en quelque sorte, un ou plusieurs points d'inoculation.

6° Ces points d'inoculation se développent lentement dans les poumons, s'étendent peu à peu, et acquièrent une étendue considérable; l'animal paraît, du reste, tout à fait sain, et ce n'est qu'après quelques semaines, qu'ils prennent une extension qui se décèle par des symptômes apparents.

7° L'espace de temps qui s'écoule depuis l'infection jusqu'à l'apparition de la fièvre (période d'incubation) ne peut être déterminé avec certitude; dans le plus grand nombre de cas, il s'écoule de 12 à 20 semaines.

Toutes ces conclusions de Sauter sont loin d'être rigoureusement exactes; mais ce que cette maladie offre de remarquable, ce qui mettra toujours un obstacle à sa guérison radicale, c'est que l'état pathologique des poumons existe depuis longtemps,

que souvent il y a déjà un commencement de désorganisation, avant que des symptômes appréciables dénotent son existence. C'est ce dont on peut s'assurer sur les animaux abattus dans les boucheries.

VARIÉTÉS.

—

STRABISME.

Nos lecteurs se rappelleront que M. le docteur Phillips, de Liége, a été nommé, par un ukase en date du 27 septembre, chevalier de l'ordre impérial et royal de Stanislas, dont il a reçu les insignes, de la main même de l'empereur, à la suite d'une importante opération chirurgicale à laquelle avaient assisté plusieurs ministres et hauts personnages de la cour impériale. Après avoir quitté St-Pétersbourg, M. Phillips s'est rendu à Paris, où il a su faire apprécier son mérite; les journaux de médecine et les journaux politiques de cette capitale, sont remplis d'éloges pour notre jeune compatriote; nous éprouvons un véritable plaisir à consigner ici quelques extraits de ces journaux.

On lit dans l'Esculape du 6 décembre.

Hier matin nous avons assisté à trois opérations de strabisme, pratiquées par M. le docteur Phillips, avec un succès vraiment prodigieux. Dans un de nos prochains numéros nous exposerons le procédé opératoire de ce praticien, et les motifs des insuccès qu'ont éprouvés les autres chirurgiens dans la section des muscles de l'œil : en attendant nous félicitons M. Phillips, pour les résultats heureux qu'il a obtenus, et pour l'extrême facilité d'exécution de sa méthode.

Voici ce qu'en dit le Bulletin de thérapeutique.

Il n'était bruit, il y a quelques mois, que de cette merveilleuse opération qui consiste à guérir à l'instant la difformité du strabisme par la section d'un ou de plusieurs des muscles moteurs de l'œil. Sur ce qui était raconté des succès obtenus à Berlin

par M. Dieffenbach, à Saint-Pétersbourg par M. Phillips, à Bruxelles par M. Cunier, plusieurs de nos chirurgiens avaient tenté ce mode opératoire; mais soit défectuosité dans les procédés, soit coïncidence malheureuse, toujours est-il que jusqu'ici les résultats étaient tels, que l'on pouvait considérer l'opération du strabisme comme sur le point d'être abandonnée parmi nous. Il en était ainsi, lorsque M. le docteur Phillips est arrivé à Paris il y a une vingtaine de jours; et il faut avoir la justice de le déclarer, les choses ont complétement changé de face depuis lors. Ce chirurgien a fait en douze jours, en présence de l'élite de la médecine et de la chirurgie, seize opérations de strabisme chez des jeunes gens, des femmes, des enfants; et cela avec tant de précision, tant d'habileté et de rapidité, et des résultats si complets, qu'il est désormais impossible de ne pas être tout à fait convaincu de l'efficacité de cette opération, en adoptant les instruments et le procédé opératoire de M. le docteur Phillips. Nous reviendrons sur ce sujet d'une manière plus complète dans notre prochain numéro.

Nous croyons que nos lecteurs nous saurons gré de reproduire ici le résumé de la leçon faite par M. le docteur Phillips, dans l'amphithéâtre de M. Lisfranc. Ce résumé se trouve contenu dans la Gazette des hôpitaux, du 14 janvier 1841.

En prenant la parole devant le nombreux auditoire impatient de l'entendre, M. Phillips a commencé par remercier le chirurgien de la Pitié, son premier maître, de l'accueil bienveillant qu'il a toujours fait aux hommes qui sont venus à lui dépositaires de quelque découverte utile à la science et à l'humanité.

Ajoutons que toujours ce zèle empressé pour tout ce qui peut contribuer aux progrès de notre belle science, a été dirigé par un tact chirurgical exquis. Quand il a ouvert son amphithéâtre à MM. Mayor, Dieffenbach, Seutin, Areutz, Serre (d'Uzès), Guérin, Sédillot, Malgaigne, Rigal (de Gaillac), etc., le professeur Lisfranc avait jugé que leurs découvertes devaient rester dans la science.

Nous allons suivre le docteur Phillips dans le développement

de quelques aperçus physiologico-pathologiques, avant de passer aux détails de l'opération.

Quelle est la nature du strabisme? telle est la première question que fait naître cette matière. Les chirurgiens, concluant des déviations des membres à celles du globe oculaire, ont généralement admis qu'il est le résultat de la contracture de l'un des muscles moteurs de l'œil; il n'en est pas ainsi, et voici deux faits qui prouvent qu'on est parti d'une fausse analogie.

1° Entre toutes les déviations des organes mobiles, prenons pour exemple l'une des variétés du pied-bot, le pied-équin : le talon est maintenu invinciblement à une certaine hauteur du sol, les muscles gastro-cnémiens ont une longueur rigoureusement appropriée à la distance de leurs deux points d'insertion; quelques efforts que tente le sujet, jamais il ne parvient à ramener son pied dans sa direction normale. Or, si vous observez ce qui se passe chez les individus strabiques à qui vous aurez fermé l'œil sain, vous verrez constamment l'œil dévié venir se placer au centre de l'orbite, pour ne l'abandonner qu'au moment même où vous verrez cesser l'occlusion de l'autre œil.

2° Jamais on n'a trouvé d'altération organique appréciable dans le muscle antagoniste de celui qui cause la déviation du globe oculaire; jamais ces transformations graisseuses, fibreuses, presque constantes dans les autres classes de déviation. M. Phillips, qui a fait des recherches sur des sujets strabiques de tout âge, depuis trois ans jusqu'à soixante-deux, a constamment trouvé le muscle droit externe avec l'intégrité parfaite de ses caractères organiques (1).

Ainsi, en résumé, dans le strabisme interne, le muscle droit externe n'est désorganisé ni paralysé. Que devient donc l'objection de ceux qui nient l'efficacité de l'opération du strabisme, parce que, disent-ils, on ne peut pas, dans ce cas, compléter le résultat de la section du muscle par l'emploi des machines? Partis d'une fausse analogie, ils devaient arriver à une conclusion fausse.

Si l'on me demande, ajoute M. Phillips, quelle opinion je pré-

(1) Nous citerons deux faits exceptionnels.

tends substituer à celle que je combats, je répondrai que, pour moi, cette question est encore à résoudre. Le strabisme peut être rangé dans la classe des affections spasmodiques; voilà tout ce que je crois qu'il est permis de conclure dans l'état actuel de la science.

Seconde question.

Sur cent cas de strabisme extraits d'un nombre de trois cents opérés par M. Phillips à Saint-Pétersbourg, dix seulement étaient divergents. Pourquoi cette énorme différence entre les strabismes divergents et les convergents?

Une première raison peut en être donnée, un peu hypothétiquement, il est vrai, mais qui cependant est puisée dans une loi de physiologie générale, la tendance qu'ont tous les organes pairs à se rapprocher de la ligne centrale; tendance qui ressort surtout de l'étude des monstruosités.

2° Le nerf oculo-moteur commun qui fournit au muscle droit interne lui fait en quelque sorte arriver l'influence du grand sympathique par sa communication avec le ganglion ophthalmique au moyen de la racine courte. De là, pour le muscle, une double influence nerveuse; de là, pour lui, une multiplication des causes de l'irritation spasmodique.

3° Un seul muscle porte l'œil en dehors, trois muscles le portent en dedans. Mais cette proposition a besoin d'être justifiée; car elle est en désaccord avec la physiologie généralement admise. Tout le monde reconnaît que les deux muscles, droit interne et petit oblique, sont adducteurs; mais on regarde le grand oblique comme abducteur, et là est l'erreur. En effet, dans un nombre de cas assez grand, l'œil étant resté dévié en dedans et en haut, après la section complète du muscle droit interne, M. Phillips a été conduit à couper le grand oblique, et aussitôt l'œil a repris sa rectitude. En second lieu, les sujets auxquels on vient de diviser le droit interne n'en conservent pas moins la faculté de porter la pupille en dedans en même temps qu'en haut. Or, la conséquence est forcée.

Sur les 90 strabismes convergents cités, il existe seulement deux déviations en dedans et en haut, et une en dedans et en bas.

Pour compléter la question de statistique, ajoutons que, d'après les observations de M. Phillips, le strabisme double est moins commun que le strabisme simple, et le strabisme simple plus fréquent à droite qu'à gauche, ce qui peut sans doute s'expliquer par le développement musculaire plus fort du côté droit que du côté gauche.

Troisième question.

Le strabisme ne constitue pas seulement une difformité; des désordres fonctionnels sont liés le plus souvent aux désordres de la locomotion; et parmi eux, les uns trouvent une explication toute naturelle dans les lois de l'optique; d'autres, au contraire, ne peuvent guère s'interpréter qu'en admettant une réaction des nerfs moteurs altérés sur les nerfs sensitifs.

1° Quand un œil seul est dévié, généralement la pupille du côté affecté est plus dilatée que celle du côté sain, et alors le sujet voit double quand il se sert des deux yeux; il voit peu ou point quand il n'emploie que l'œil malade. Si les deux pupilles sont également contractées ou dilatées, la vue n'est pas double, mais le plus ordinairement l'œil dévié est plus faible que l'autre.

2° Quand les deux yeux sont déviés, rarement ils le sont au même degré : presque toujours l'un d'eux est plus fortement porté en dedans, et la pupille, ordinairement dilatée, l'est surtout du côté où existe la plus grande convergence; la vue y est en même temps ou nulle ou presque nulle.

Le phénomène de la vue double; l'affaiblissement ou même l'anéantissement de la vue, dépendants d'un strabisme simple ou double, ont été, dans la majeure partie des cas, tantôt entièrement dissipés, tantôt considérablement amendés par l'opération. Les pupilles sont de même revenues à leurs dimensions normales, ordinairement après douze ou quinze jours. Nous avons surtout été frappés des exclamations de joie de deux jeunes sujets affectés de strabisme interne double, tout étonnés de voir avec l'œil qui venait d'être opéré infiniment mieux qu'ils ne voyaient auparavant. Pour qu'il ne reste pas d'amphibologie dans les termes, nous dirons avec M. Phillips que le désordre fonctionnel en question peut se traduire par la proportion suivante : l'œil sain ou le moins dévié ayant une portée supposée

de dix, celle de l'œil le plus faible ne sera que de quatre. Cette proportion n'est, bien entendu, qu'une supposition ; car nous avons déjà dit qu'elle est infiniment variable, depuis l'anéantissement complet de la fonction jusqu'au trouble le plus léger.

Opération.

Il est de principe, pour le docteur Phillips, d'attendre, pour opérer les enfants, qu'ils aient atteint au moins leur sept ou huitième année : 1° parce qu'il a vu le strabisme s'amender notablement, ou même disparaître spontanément vers cette période de la vie ; 2° parce que si l'enfant qu'on aurait opéré venait à être pris de convulsions, ce qui n'est pas rare à l'époque du travail de la dentition, on risquerait fort de voir le strabisme récidiver, ou se transformer en une déviation externe si elle était interne, et réciproquement ; un désordre notable dans la fonction de la vue le détermine seul à sortir de cette sage temporisation.

Quand il y a convergence des deux yeux, faut-il les opérer tous deux, ou suffit-il d'en opérer un seul ? M. Phillips, à l'exemple de son maître, a d'abord coupé le muscle droit interne des deux côtés dans tous les cas ; mais l'expérience et le raisonnement n'ont pas tardé à lui faire abandonner cette pratique exclusive, et voici la marche qu'il a adoptée : Quand il y a parallélisme des deux yeux déviés, il n'hésite pas à opérer sur-le-champ des deux côtés ; dans les autres cas, qui sont de beaucoup les plus communs, il ne porte l'instrument que sur l'un des deux organes, celui qui est le plus convergent, et il attend presque toujours. Cette opération unique est suivie d'un redressement des deux yeux, qui ne manque guère au bout de quinze jours ou trois semaines ; c'est à cette époque seulement qu'il se décide à opérer de l'autre côté, quand, ce qui est très-rare, la déviation persiste sur l'œil qu'il avait d'abord respecté. Mais il n'est pas toujours facile de distinguer *à priori* de quel côté existe la plus forte convergence ; on ne se trompera jamais si on part de ce fait mainte fois observé, que la pupille est plus dilatée, la vue plus faible ou nulle dans l'œil le plus dévié.

Procédé opératoire.

Dans toute opération, le point essentiel est de bien voir l'organe sur lequel on veut agir; le procédé de Dieffenbach est fondé sur ce principe. M. Phillips n'en met pas d'autre en usage; seulement, entre ses mains, ce procédé a subi de grands perfectionnements, dont l'un important surtout, nous voulons parler de la résection du bout antérieur du muscle divisé.

Un premier aide, chargé de maintenir immobile contre sa poitrine la tête du sujet, légèrement renversée en arrière, relève en même temps la paupière supérieure au moyen de l'élévateur ordinaire. Un second aide, à genou devant le patient, déprime la paupière inférieure avec une double érigne mousse. L'opérateur, faisant face au sujet, implante deux petites érignes simples à courbure très-prononcée, dans la muqueuse qui forme un léger relief entre la caroncule et le globe oculaire. Ces deux érignes, modérément tirées en sens inverse, l'une par la main gauche de l'opérateur lui-même, l'autre par un troisième aide, forcent la conjonctive à former entre leurs deux points d'implantation un repli transversal analogue à celui que l'on fait à la peau pour le débridement des hernies.

Le chirurgien porte sur ce repli des ciseaux fins, courbes sur le plat, d'un seul coup il le divise de son sommet à sa base, il dissèque d'avant en arrière en rasant la face interne du globe de l'œil, et met ainsi à découvert l'extrémité antérieure du muscle droit interne; cette dénudation du muscle, si je puis m'exprimer ainsi, doit être pratiquée dans une étendue d'autant plus grande que le strabisme est plus prononcé. Le même instrument, porté entre la sclérotique et la face interne du muscle qui lui est accolé, sert à l'en isoler d'une quantité également relative. Aux ciseaux est substitué alors un crochet mousse. Cet instrument, dont la supériorité sur le crochet aigu est facile à pressentir, sert à saisir le muscle et à l'attirer un peu en avant. Cet organe est divisé en travers, avec les ciseaux, à une profondeur de trois ou quatre lignes, terme moyen. A ce point de l'opération, quelques gouttes de sang inondent ordinairement la petite plaie; l'opérateur, à qui il importe de voir ce qu'il fait, les absterge avec une petite

éponge fixée entre les mors d'une pince, avant de procéder à la section du muscle. Le crochet mousse, plongé de nouveau dans le cul-de-sac qu'il explore en tous sens, donne la certitude que le muscle a été entièrement divisé. On ramène les fibres musculaires qui pourraient avoir une première fois éludé l'action des ciseaux.

Pour M. Dieffenbach, l'opération se terminait là. M. Phillips ayant rencontré un grand nombre de cas où la récidive avait lieu, fit une loi de la résection du bout antérieur du muscle, et depuis il n'a plus observé un seul cas de récidive. Cette résection est facile, car le globe oculaire, attiré en dehors au moment où on vient de diviser le lien qui le maintenait dans la convergence, présente en quelque sorte aux ciseaux de l'opérateur la portion du muscle qui lui est restée adhérente : rarement on a besoin de recourir aux pinces.

Quand l'expérience n'aurait pas déjà sanctionné ce perfectionnement du procédé opératoire de M. Phillips, l'analogie devrait, *à priori*, le faire adopter. Que se passe-t-il, en effet, chez les sujets auxquels on a fait subir la section des gastro-cnémiens ? La partie supérieure de ces muscles s'éloigne brusquement de leur partie inférieure, il s'établit entre les deux un écartement de quatre travers de doigt, bientôt la fibre musculaire soustraite à l'action spasmodique par la section des nerfs, commence à s'allonger, et ne tarde pas à se rapprocher assez de la portion tendineuse inférieure pour se cicatriser avec elle, et le tissu inodulaire qui s'interpose offre à peine le volume du doigt auriculaire. Les choses sont donc revenues dans le même état où elles étaient avant; la continuité nerveuse est rétablie, et l'action spasmodique peut se reproduire; elle ne se reproduit guère au pied pour des raisons faciles à sentir; à l'œil, elle trouve beaucoup moins d'obstacles à sa réapparition; de là les récidives.

Enfin le chirurgien complète l'opération en excisant avec les ciseaux les lambeaux flottants du tissu cellulaire et de la muqueuse oculaire, pour des raisons que nous développerons plus bas.

Le procédé que nous venons de décrire suffit à ce qu'on pourrait appeler l'état normal du strabisme convergent. Indiquons

maintenant certaines circonstances exceptionnelles qui peuvent se rencontrer, en indiquant à chacune d'elles une modification appropriée dans le mode opératoire.

1° Le muscle droit interne ne se présente pas toujours sous la forme d'un ruban unique. Dans un assez grand nombre de cas il est divisé en deux ou trois faisceaux s'implantant en autant de points distincts de la sclérotique. On doit soupçonner cette disposition exceptionnelle quand, après l'opération, l'œil ne reste pas moins fixé dans sa position vicieuse. C'est alors que l'exploration consécutive du crochet mousse est plus que jamais indispensable, car la section doit être complète si l'on veut que le résultat le soit. De cette occurrence ressort surtout la supériorité du procédé opératoire qui permet de mettre à découvert l'organe sur lequel on doit agir.

2° Après la section complète du droit interne, l'œil reste quelquefois dévié en dedans et en haut. C'est au muscle grand oblique qu'il faut s'en prendre de cette persistance de la difformité. Prolongez largement en haut la dissection de la conjonctive, et avant de couper le tendon de ce second muscle, ayez soin de bien l'isoler et de le fixer avec le crochet mousse, car il est facile de le confondre avec les tissus voisins.

Jusqu'à ce jour le muscle droit interne a toujours été coupé d'abord, et ce n'est qu'*à posteriori* qu'on a jugé de l'opportunité de la section du grand oblique. Ne pourrait-on pas couper d'abord ce dernier muscle dans les cas où il y a déviation en haut en même temps qu'en dedans? Peut-être pourrait-on se dispenser d'opérer le droit interne?

Cette variété du strabisme est en outre caractérisée par deux phénomènes à peu près constants :

a. Les yeux déviés par le trochléaris présentent une convexité plus grande qu'à l'état normal.

b. La vue est plus courte dans ce cas; en un mot, il y a myopie.

M. Phillips a toujours vu la section du trochléaris faire perdre au globe de l'œil son excès de convexité : la myopie cessait et la vue devenait longue sur-le-champ. N'est-on pas autorisé à penser que cette myopie est sous la dépendance de cette contraction musculaire? Ne peut-on pas espérer pouvoir améliorer

l'état des myopes en coupant le tendon du grand oblique?

3° Il est arrivé qu'après la section du droit interne l'œil était pris de mouvements spasmodiques, d'une sorte de mobilité brusque et très-rapide. Cet état a cessé par la section du grand oblique.

Il n'est pas rare de trouver cette mobilité convulsive de l'œil chez les sujets louches antérieurement à toute opération. M. Phillips a vu la section du droit interne faire constamment cesser cette disposition, après quinze jours, trois semaines. Nous avons, en effet, immédiatement après cette section, constaté une amélioration manifeste de cette complication du strabisme interne chez une jeune fille de quinze ans, et chaque jour amène un nouveau progrès.

4° On voit très-rarement le globe de l'œil se dévier fortement en dehors après la section du droit interne, parce que les deux obliques deviennent les antagonistes du droit interne. Dans le cas où il en serait ainsi, il faudrait recourir à une nouvelle opération ; il faudrait couper le droit externe.

5° Dans trois circonstances contraires, M. Phillips a vu l'œil rester immobile dans sa position vicieuse, quoiqu'il eût successivement coupé le droit interne et le grand oblique. Ces cas étaient sans doute une exception à la règle qui veut que, dans ce genre de déviation, le muscle antagoniste du muscle vicieusement contracté conserve sa contractilité en même temps que ses caractères organiques ; ils rentraient dans la loi générale des déviations des membres. Aussi cet ingénieux chirurgien eut-il recours à l'orthopédie : un fil de soie, passé dans la conjonctive oculaire, à trois lignes en dehors de la cornée transparente, et dont les deux chefs furent fixés sur la tempe, au moyen d'un petit emplâtre agglutinatif, maintint l'œil au centre de l'orbite. Le muscle droit externe ne tarda pas à recouvrer son action : le succès fut complet.

Soins consécutifs.

Il n'est pas de petite opération en chirurgie. Les plus simples en apparence peuvent être suivies d'accidents graves si on ne se

tient pas constamment en observation, si on n'aime pas mieux avoir veillé cent fois inutilement que de s'être laissé une seule fois surprendre. Ne dites-donc pas au malade, en retirant votre dernière érigne : allez, vous êtes guéri.

Une jeune dame prussienne, qui occupe un rang distingué dans la littérature, passa la nuit qui suivit son opération à écrire à ses nombreux amis pour leur en apprendre l'heureux résultat; d'autres imprudences furent encore commises par cette femme à vive imagination. Une inflammation intense sévit sur tous les tissus renfermés dans l'orbite, et la comtesse de..... fut heureuse de ne payer son imprudence que de la perte d'un œil. Personne n'ignore avec quelle rapidité les phlegmasies parcourent et détruisent le tissu cellulaire intra-orbitaire, avec quelle facilité elles s'étendent à l'organe de la vue lui-même. Il faudrait exagérer les dangers de cette opération, au lieu de les atténuer, dit le docteur Phillips avec autant de bonne foi que de jugement.

En général, l'inflammation qui suit l'opération acquiert d'autant plus d'intensité que la dissection a dû être plus étendue; dans les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des cas, elle se borne à une légère injection du voisinage de la plaie, et cette injection ne dure pas plus de quatre ou cinq jours; seulement, il persiste quelque temps encore de petites stries rougeâtres appartenant à des vaisseaux dilatés. Quand les choses se passent ainsi, il suffit d'entretenir des compresses imbibées d'eau froide sur l'œil fermé, de recommander au malade la diète et le repos, et de lui administrer quelques laxatifs. Les bains de pieds, la saignée, les purgatifs peuvent être indiqués par une injection plus forte, par une congestion vers la tête. Quand l'injection est à son déclin, on peut substituer à l'eau froide un liquide légèrement astringent.

Presque constamment, et indépendamment de la marche suivie, le tissu cellulaire du fond de la petite plaie se développe après cinq ou six jours plus ou moins, en un certain nombre de bourgeons mollasses, blancs ou rosés; il faut les exciser avec les ciseaux et ne jamais recourir à la cautérisation, qui donne lieu à la formation d'un tissu inodulaire dont la rétractilité n'est pas sans influence sur un organe aussi mobile que le globe oculaire.

Après la section de ces bourgeons, M. Phillips a vu deux fois se former à leur place une tache noire semblable à la mélanose. Il en fut inquiet d'abord; mais ne tarda pas à se rendre compte de cet incident : quelque petit vaisseau ouvert en excisant les bourgeons avait versé une ou deux gouttelettes de sang dans les mailles du tissu cellulaire, qui s'y était transformé en un caillot compact. Dans l'un des deux cas il put en acquérir la conviction, car il l'enleva avec des ciseaux; dans l'autre il attendit, et la résorption en fit justice.

PINEL GRANCHAMP, V. BAUD

—

Comme complément à ce qui précède, nous donnons plus bas l'analyse d'un ouvrage sur le strabisme, que M. le docteur Phillips vient de publier à Paris; nous devons nous borner, pour le moment, à reproduire textuellement cet article de la *Gazette des Hôpitaux,* l'ouvrage de M. Phillips n'ayant pas encore été mis en vente chez les libraires de la Belgique.

DU STRABISME;

Par le docteur PHILLIPS (de Liége). — In-8° de 126 pages. Paris.

L'opération du strabisme, d'une création toute récente, a déjà été le sujet de vives discussions. Annoncée en France avec l'indication des nombreuses observations de Dieffenbach, chacun voulut faire de nouveaux essais. M. Guérin, appliquant à cette opération les principes généraux qu'il a posés relativement aux sections des muscles, proposa un procédé opératoire particulier, et traita un assez grand nombre de malades. Après lui vinrent de nombreuses guérisons, et quelques modifications opératoires dues à des chirurgiens divers, de sorte qu'aujourd'hui il n'est plus permis de mettre en doute ni la possibilité de l'opération, ni le nombre considérable de faits bien observés qui serviront de base pour une histoire complète et une appréciation définitive.

M. Phillips, chirurgien de Liége, ami de M. Dieffenbach, et

témoin de ses succès, s'est élevé avec courage contre les attaques mal fondées que les premières communications de cet habile chirurgien avaient soulevées. Aussi le livre que nous annonçons aujourd'hui, loin d'être une œuvre de polémique, n'en est pas moins, par la multitude et la valeur des faits, un éloquent plaidoyer en faveur du procédé des chirurgiens allemands. Sans entrer plus avant dans la discussion, nous allons jeter un coup d'œil rapide sur le travail de M. Phillips.

Un premier chapitre, consacré à des considérations générales, fournit quelques données curieuses à la physiologie; les théories faites jusqu'à ce jour sur les modifications du mécanisme de la vue ont été purement spéculatives; les observations que les opérations du strabisme ont permis de faire, les démentent pour la plupart. Et tous ces résultats, que M. Phillips expose sans discussion, mais avec clarté et précision, quelques-uns sont du plus haut intérêt; mais les courtes limites de cette analyse ne nous permettant pas de nous y arrêter, nous avons hâte d'arriver à la partie chirurgicale pure.

Opération. L'appareil instrumental, le procédé opératoire, le traitement consécutif, sont indiqués avec soin dans la seconde partie; le procédé, qui est celui de Dieffenbach, consiste dans l'incision de la conjonctive, la dissection et la section consécutives du muscle contracté.

Faits. M. Phillips a pensé qu'il était préférable de rassembler les faits obtenus, de les exposer successivement, quelle que soit l'uniformité, peut-être ennuyeuse, qui dût en résulter, et enfin de les comparer entr'eux après les avoir groupés. Un chapitre est donc consacré à la description et à l'étiologie du strabisme convergent; puis viennent 38 opérations pour cette variété observée sur l'œil droit, et 24 sur l'œil gauche, et 17 pour le strabisme convergent des deux yeux.

Après avoir opéré des strabismes convergents, on s'aperçut que quelques yeux avaient conservé une légère déviation en haut et en dedans; on voyait aussi quelquefois ces yeux être mis en mouvement d'une manière brusque et très-rapide; ces yeux étaient ainsi retenus par la contraction du muscle grand oblique, et la lésion a cessé par la section du muscle que nous venons de

nommer. Quatre observations de ce genre servent à faire connaître le procédé opératoire assez difficile qu'il faut employer dans ces cas.

Le strabisme supérieur est étudié dans le sixième chapitre. L'auteur en rapporte quatre opérations.

Vient ensuite le strabisme divergent. Des faits de ce genre ont été traités par la section du droit externe. Trois fois la maladie existait sur l'œil gauche, cinq fois sur l'œil droit, et cinq fois elle était double.

Tous ces strabiques opérés offraient des exemples de maladie accidentelle ; un appendice est consacré à quatre opérations pratiquées dans le cas de strabisme congénital. On voit que cette variété est extrêmement rare.

Résultats. Après cette étude, est-il permis de conclure? Nous ne le pensons pas, dit M. Phillips, la question du strabisme est trop récente, trop peu de faits existent encore; signalons cette sage réserve, qu'a trop peu imitée un chirurgien d'ailleurs recommandable de notre pays qui s'est empressé de conclure, et d'une manière fort absolue, après le résultat de sept opérations !...

Voici, pour ainsi dire, l'addition des *cent* opérations qui servent de base au travail de M. Phillips.

Résultats physiologiques. 1° Strabismes convergents de l'œil droit,	36
Parmi eux voyaient double avant l'opération,	16
Ne voyaient pas double,	16
Voyaient double d'un seul œil,	4
	—
	36
Après l'opération ont conservé la vue double pendant quelque temps,	4
Qui ne voyaient pas double avant ont vu double après,	2
Ont récidivé et guéri après une deuxième opération,	2
Ont été opérés en même temps de la cataracte,	3

Les autres n'ont rien offert de remarquable.

2° Strabisme convergent de l'œil gauche,	24
Voyaient double avant l'opération,	7
Ne voyaient pas avec l'œil dévié,	4

Voyaient double après l'opération, 2
N'ont pas recouvré l'usage de l'œil *délouché,* 2
(Ces deux appartiennent à la catégorie des 4 qui ne voyaient pas de cet œil.)
Cataracte opérée en même temps, 1
N'a pu dire s'il voyait double avant et après, 1
3° Strabismes convergents doubles, 17
Voyaient double avant, 2
Ont vu double après, 0
Ne voyaient pas avant avec l'œil le plus dévié, 5
Ont vu après, 5
4° Strabismes divergents, 10

Cette variété n'a pas présenté le phénomène de la double vue ni avant ni après l'opération.

Restent d'autres recherches très-curieuses sur l'état de la pupille, sur la myopie qui existe lorsque le *grand oblique est contracté,* sur les facultés des deux yeux opérés ou non; sur les mouvements des yeux après l'opération, et les conséquences que ces fonctions modifiées de telle ou telle façon peuvent entraîner. Nous ne pouvons que donner l'indication précise de ces faits curieux à tant de titres, et que M. Phillips a résumé d'une manière si précise et si pratique.

Résultats chirurgicaux. Sous ce nom nous indiquerons les phénomènes pathologiques qui ont suivi les opérations. L'auteur indique avec soin ce travail dans son chapitre préparatoire; nous ne le suivrons pas dans ses particularités; disons seulement qu'après l'opération il survient chez un certain nombre des opérés une inflammation vive, qu'il faut combattre par les moyens antiphlogistiques les plus énergiques. En général, pour les malades qui ont fait la base de ce travail, le traitement a varié entre quelques jours et un mois.

Ce travail sera lu avec plaisir et avec fruit; il est consciencieux, pratique et fort bien résumé; l'exactitude et la véracité des faits ne sauraient être mises en doute; M. Phillips nomme ses opérés; il a pratiqué la plupart de ses opérations devant MM. Arendt Simon, Jal, etc., dont chacun connaît le mérite. Depuis son arrivée à Paris il a exécuté plusieurs fois son procédé

en présence de chirurgiens distingués qui en font le plus grand éloge. Disons enfin de M. Phillips qu'il a fait preuve d'une modestie trop rare.

Dans son préambule historique, il rapporte tout l'honneur de l'idée du procédé à Stromeyer, l'honneur de l'application et de l'exécution à Dieffenbach; il n'a réservé pour lui que ses nombreuses observations. Cela est d'autant plus généreux, que presque tous bataillent pour avoir une des premières parts dans le catalogue historique; M. Phillips pouvait le faire avec d'autant plus d'avantage, que bon nombre de mémoires et d'articles de journaux, cherchant à remonter à l'origine, l'avaient gratifié des honneurs de la priorité. Ce fait place M. Phillips à l'abri de toute discussion, hors du terrain de la chirurgie exacte et purement scientifique. X.

—

N. B. Au moment de mettre sous-presse, nous apprenons que l'ouvrage de M. Phillips vient d'être adressé à la Société Encyclographique dès sciences médicales, rue de Flandre, nº 155, à Bruxelles, au prix de 2 francs 50 centimes.

—

ORDRE DE LÉOPOLD. — PROMOTION.

S. M. le Roi voulant récompenser les services rendus à la science et à l'humanité par M. le docteur Van Cutsem, médecin en chef de l'hôpital St-Jean de Bruxelles, vient, sur la proposition du Ministre des Affaires Étrangères, de le nommer chevalier de l'Ordre de Léopold : il n'est point de médecin qui n'applaudisse à la distinction flatteuse qui vient de lui être accordée. Le rapport suivant est annexé à l'arrêté de nomination.

Sire,

M. le docteur Van Cutsem, qui a parcouru une carrière de

près de cinquante années de pratique sans cesser d'approfondir les secrets de la science en se livrant à de laborieuses et constantes études, est l'objet de la vénération des nombreux médecins de la capitale, qu'il a éclairés de ses leçons et de ses avis, et qui le considèrent à juste titre comme leur doyen.

Il jouit également à un haut degré de l'estime publique à cause de l'empressement exemplaire qu'il a toujours montré dans toutes les circonstances à prêter ses soins aux indigents.

J'ose croire, Sire, que Votre Majesté, appréciant les titres de M. le docteur Van Cutsem à une distinction honorifique, voudra bien accueillir le projet d'arrêté que j'ai l'honneur de lui présenter.

Nomination de M. le docteur Langlet *à la place de chirurgien de l'hospice de l'infirmerie de Bruxelles.*

Le Conseil Général des hospices de Bruxelles a, dans une de ses dernières séances, nommé M. le docteur Langlet l'un de nos collaborateurs, professeur de clinique et chirurgien de l'hospice de l'infirmerie. La clinique, à cet hospice, présente un intérêt particulier en ce que les maladies cancéreuses et les maladies si nombreuses auxquelles sont sujettes les personnes âgées, y sont spécialement traitées. M. le docteur Langlet, qui depuis la fondation de l'Université Libre y fait avec distinction le cours de pathologie externe, saura s'acquitter dignement, nous en sommes persuadé, de la mission délicate qui lui est confiée.

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

CONCOURS DE 1840.

Extrait du procès-verbal des séances du 1er *et* 8 *décembre* 1840.

M. *De Nobele* lit, au nom d'une commission de sept membres nommés au scrutin secret, le rapport sur les mémoires envoyés au concours en réponse à la question chirurgicale posée par la Société en ces

termes : *Décrire tout ce qui est relatif à l'autoplastique ; en poser les règles générales et spéciales, et s'attacher surtout à l'appréciation raisonnée des cas spéciaux déjà acquis à la science, en établissant les règles à suivre dans les cas où des restaurations de parties pourraient être pratiquées.*

Après avoir donné une analyse détaillée des réponses parvenues à la Société, et avoir comparé leur mérite respectif, M. le rapporteur fait connaître les conclusions suivantes comme représentant l'opinion unanime des commissaires :

1° L'auteur du mémoire allemand intitulé : *Die plastische Chirurgie nach ihren bisherigen Leistungen kritisch dargestellt* (Exposé critique de la Chirurgie plastique et des résultats auxquels elle est parvenue), et portant pour devise : *La chirurgie plastique peut devenir la fleur de toute la médecine opératoire*, ayant traité la question le plus complétement et d'une manière vraiment pratique dans un volume de texte de plus de huit cent pages et un atlas de deux cent quatre-vingt-dix figures comprises en quatre-vingt-trois planches supérieurement dessinées, mérite d'être couronné.

La commission propose que le titre de membre correspondant soit conféré à l'auteur, et que l'ouvrage traduit soit publié par les soins de la Société.

2° Le mémoire, texte français, intitulé : *De l'autoplastique chirurgicale*, et portant la devise : *La main de l'homme produisant à volonté un organe détruit, semble le faire participer au génie du Créateur*, est une bonne dissertation contenant exposées d'une manière fort lucide les généralités de l'autoplastique ; en conséquence, la commission propose qu'il soit accordé à son auteur une médaille de la valeur de la moitié du prix et le titre de membre correspondant.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

M. le Président ayant décacheté le billet du mémoire allemand, proclame aux acclamations générales les noms de :

MM. le chevalier d'*Ammon*, médecin de S. M. le roi de Saxe, membre correspondant à Dresde, et *Baumgarten*, médecin et chirurgien à Dresde.

Il est décidé que le billet cacheté du second mémoire ne sera ouvert que pour autant que l'auteur se fasse connaître, et qu'il y sera invité par des annonces faites dans les journaux politiques.

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que l'auteur est M. le docteur *Marinus*, secrétaire de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, ancien rédacteur du Bulletin médical belge, membre correspondant de la Société.

Médailles accordées par le Roi aux médecins vaccinateurs.

Un arrêté royal du 31 janvier décerne des médailles aux médecins qui ont opéré le plus de vaccinations gratuites. Les médecins qui ont obtenu cette médaille dans le Brabant, sont :

J. Verheylewegen, chirurgien-accoucheur, à Bruxelles. A.-J. Verstraeten, docteur en médecine, à Bruxelles. J.-B. Kumps, docteur en médecine, à Vilvorde. H.-A. Toussaint, chirurgien, à Tirlemont. J. Mertens, épouse van Opstal, sage-femme, à Aerschott. J.-E. Delantsheere, docteur en médecine et en accouchements, à Assche. J.-F.-C. Rayée, chirurgien, à Wavre. J. Riemslagh, chirurgien-accoucheur, à Londerzeel. H. Eenens, officier de santé, à Saintes. N. Defraene, chirurgien-accoucheur, à Tubize. P.-J. Marinus, chirurgien-accoucheur, à Tourneppe. H.-M. Luyckx, officier de santé, à Neereyssche. A. Collart, chirurgien-accoucheur, à la Hulpe. J. Brouwers, docteur en médecine, à Everberg-Meerbeck. S. de Mees, chirurgien, à Campenhout. D. Mercier, docteur en médecine, à Braine-Lalleud. J.-J. Palmans, docteur en médecine, à Winghe-St-Georges. J.-A. Rely, chirurgien-accoucheur, à Haecht. J.-G. Stas, docteur en médecine, à Rotselaer. P.-E. Raynaud, chirurgien-accoucheur, à Perwez. F. Vanderputten, chirur.-accoucheur, à Rebecq-Rognon. P. Delarocca, docteur en médecine, à Boort-Meerbeek. J.-A.-R. Michiels, chirurgien-accoucheur, à Keerbergen. C. Portaels, docteur en médecine, à Werchter. J.-J. Fortune, chirurgien-accoucheur, à Overyssche. H.-L. Mertens, docteur en médecine, à Sempst. E. Nauli, chirurgien-accoucheur, à Diest.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TROISIÈME VOLUME.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE DU TROISIÈME VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES ARTICLES PAR NOMS D'AUTEURS, QUI SE TROUVENT CONTENUS DANS LES ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE, 1840.

FIN DE LA TABLE DES ARTICLES PAR NOMS D'AUTEURS.